

**ROZPORZĄDZENIE**  
**RADY MINISTRÓW**

z dnia 10 lutego 2022 r.

**zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów  
i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii**

Na podstawie art. 46a i art. 46b pkt 1–6 i 8–13 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2021 r. poz. 2069 i 2120 oraz z 2022 r. poz. 64) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** W rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 861, z późn. zm.<sup>1)</sup>) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) skreśla się użyte w § 2 w ust. 2 w pkt 1 w lit. a, w ust. 23 w pkt 1 w lit. a oraz w ust. 26 we wprowadzeniu do wyliczenia i w pkt 3 wyrazy „o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 34 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,”;
- 2) w § 2:
  - a) w ust. 2 w pkt 2 wyrazy „, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 34 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, trwającą 14 dni” zastępuje się wyrazami „trwającą 7 dni”;
  - b) ust. 14 otrzymuje brzmienie:

„14. Testy diagnostyczne w kierunku SARS-CoV-2, w tym testy, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 34 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, finansowane ze środków publicznych, są zlecane za pośrednictwem:

    - 1) systemu teleinformatycznego, o którym mowa w ust. 4 pkt 1, przez:
      - a) podmioty lecznicze w przypadku testów zleczanych w:

---

<sup>1)</sup> Zmiany wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. U. z 2021 r. poz. 879, 905, 957, 1013, 1054, 1116, 1125, 1145, 1262, 1583, 1754, 1878, 1967, 2177, 2311, 2330 i 2378 oraz z 2022 r. poz. 149 i 210.

- zakładach leczniczych, w których jest wykonywana działalność lecznicza w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne, w tym opieka zdrowotna w izolatorium,
  - punktach pobrań materiałów do badań znajdujących się w strukturze organizacyjnej tych podmiotów leczniczych,
  - b) organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz wojskowe ośrodki medycyny prewencyjnej,
  - c) medyczne laboratoria diagnostyczne wykonujące diagnostykę zakażenia wirusem SARS-CoV-2;
- 2) systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, przez:
- a) inne niż określone w pkt 1 podmioty wykonujące działalność leczniczą,
  - b) apteki ogólnodostępne wykonujące diagnostykę zakażenia wirusem SARS-CoV-2.”,
- c) po ust. 14 dodaje się ust. 14a–14e w brzmieniu:

„14a. Dane pracowników medycznych zawarte w zleceniach, o których mowa w ust. 14, mogą być weryfikowane w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w ust. 4 pkt 1, z wykorzystaniem danych przetwarzanych w Centralnym Wykazie Pracowników Medycznych, o którym mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

14b. Test w kierunku SARS-CoV-2 może być wykonany jako badanie przesiewowe przy użyciu wyrobu medycznego do diagnostyki in vitro w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 39 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1565) wprowadzonego do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na zasadach określonych w tej ustawie, pod warunkiem że wyrób ten spełnia następujące parametry pomiaru jakości diagnostycznej:

- 1) czułość  $\geq 85\%$ ;
- 2) swoistość  $\geq 97\%$ .

14c. Do zlecenia testu, o którym mowa w ust. 14b, nie stosuje się ust. 14 i 16.

14d. Test, o którym mowa w ust. 14b, jest wykonywany przez osobę wykonującą zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711, 1773 i 2120).

14e. W przypadku pozytywnego wyniku testu, o którym mowa w ust. 14b, osoba określona w ust. 14d zleca na zasadach, o których mowa w ust. 14, wykonanie molekularnego testu diagnostycznego RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2. Zlecenie wykonania molekularnego testu diagnostycznego RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2 jest równoznaczne z nałożeniem kwarantanny na osobę, w odniesieniu do której zlecono wykonanie tego testu.”,

d) ust. 16 i 17 otrzymują brzmienie:

„16. Informacje o wynikach testów diagnostycznych w kierunku SARS-CoV-2 oraz informacje o osobie, której dotyczy badanie diagnostyczne, w tym informację o numerze telefonu do bezpośredniego kontaktu z tą osobą, są wprowadzane za pośrednictwem:

- 1) systemu teleinformatycznego, o którym mowa w ust. 4 pkt 1, przez:
  - a) medyczne laboratoria diagnostyczne wykonujące diagnostykę zakażenia wirusem SARS-CoV-2,
  - b) podmioty lecznicze – w przypadku testów zleconych w zakładach leczniczych, w których jest wykonywana działalność lecznicza w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne, w tym opieka zdrowotna w izolatorium;
- 2) systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, przez:
  - a) inne niż określone w pkt 1 podmioty wykonujące działalność leczniczą,
  - b) apteki ogólnodostępne wykonujące diagnostykę zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

17. W przypadku braku dostępu do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w ust. 4 pkt 1, lub do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w przypadku zlecenia wykonania testów diagnostycznych w kierunku SARS-CoV-2 w tych systemach, zlecenie tych testów i przekazywanie ich wyników odbywa się bez pośrednictwa tych systemów.”,

e) w ust. 18 wyrazy „, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 34 ust.5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, trwającej 10 dni” zastępuje się wyrazami „trwającej 7 dni”,

- f) w ust. 23 w pkt 2 wyrazy „, , o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 34 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, trwającą 10 dni” zastępuje się wyrazami „trwającą 7 dni”,
- g) w ust. 28 pkt 1 otrzymuje brzmienie:  
„1) w postaci elektronicznej – automatycznie za pośrednictwem systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, lub”;
- 3) w § 2a w ust. 3 wyrazy „, , o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 34 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, trwającą 14 dni” zastępuje się wyrazami „trwającą 7 dni”;
- 4) po § 2a dodaje się § 2b w brzmieniu:  
„§ 2b. 1. Zaświadczenie o powrocie do zdrowia w związku z COVID-19 wydaje minister właściwy do spraw zdrowia osobie, która uzyskała pozytywny wynik szybkiego testu antygenowego w rozumieniu art. 2 pkt 5 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/953 z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie ram wydawania, weryfikowania i uznawania interoperacyjnych zaświadczeń o szczepieniu, o wyniku testu i o powrocie do zdrowia w związku z COVID-19 (unijne cyfrowe zaświadczenie COVID) w celu ułatwienia swobodnego przemieszczania się w czasie pandemii COVID-19, potwierdzającego zakażenie, najwcześniej 11 dni po dacie przeprowadzenia tego testu, pod warunkiem wprowadzenia jego wyniku do systemu, o którym mowa w § 2 ust. 16 pkt 1 lub 2.  
2. Zaświadczenia, o którym mowa w ust. 1, nie wydaje się w przypadku posiadania zaświadczenia o powrocie do zdrowia, o którym mowa w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/953 z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie ram wydawania, weryfikowania i uznawania interoperacyjnych zaświadczeń o szczepieniu, o wyniku testu i o powrocie do zdrowia w związku z COVID-19 (unijne cyfrowe zaświadczenie COVID) w celu ułatwienia swobodnego przemieszczania się w czasie pandemii COVID-19.  
3. Zaświadczenie, o którym mowa w ust. 1, jest ważne nie dłużej niż 180 dni od dnia uzyskania pierwszego pozytywnego wyniku szybkiego testu antygenowego.  
4. Zaświadczenie, o którym mowa w ust. 1, zawiera następujące dane:  
1) imię (imiona) i nazwisko;

- 2) datę urodzenia;
- 3) oznaczenie choroby lub czynnika chorobotwórczego, po których nastąpił powrót do zdrowia: COVID-19 (SARS-CoV-2 lub jeden z jego wariantów);
- 4) datę pierwszego pozytywnego wyniku szybkiego testu antygenowego;
- 5) oznaczenie państwa, w którym wykonano szybki test antygenowy;
- 6) oznaczenie organu wydającego zaświadczenie;
- 7) oznaczenie okresu ważności zaświadczenia;
- 8) niepowtarzalny identyfikator zaświadczenia.

5. Zaświadczenie, o którym mowa w ust. 1, jest wystawiane:

- 1) w postaci elektronicznej – automatycznie za pośrednictwem systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, lub
  - 2) w postaci papierowej – na żądanie osoby, której dane dotyczą, z systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej.”;
- 5) w § 3:
- a) w ust. 2:
    - pkt 14 otrzymuje brzmienie:

„14) przez osoby, którym wystawiono ważne zaświadczenie o wykonaniu szczepienia ochronnego przeciwko COVID-19 szczepionką dopuszczoną do obrotu w Unii Europejskiej lub znajdującą się w wykazie odpowiedników szczepionek dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, prowadzonym przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, i upłynęło co najmniej 14 dni od dnia podania szczepionki jednodawkowej albo drugiej dawki szczepionki – w przypadku szczepionek dwudawkowych, a w przypadku kolejnej dawki od dnia wykonania szczepienia tą dawką, zwane dalej „osobami zaszczepionymi przeciwko COVID-19;”;
    - w pkt 29 po wyrazach „w czasie pandemii COVID-19” dodaje się przecinek i wyrazy „lub osoby posiadające zaświadczenie, o którym mowa w § 2b ust. 1”;
  - b) w ust. 3 w pkt 16 po wyrazach „w czasie pandemii COVID-19” dodaje się wyrazy „lub zaświadczenie, o którym mowa w § 2b ust. 1”;

- c) uchyla się ust. 4a,
  - d) w ust. 5 skreśla się zdanie drugie i trzecie,
  - e) w ust. 7 skreśla się wyrazy „o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 34 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,”;
- 6) w § 4:
- a) w ust. 1 wyrazy „skierowanie na test nastąpiło za pośrednictwem systemu, o którym mowa w § 2 ust. 14 pkt 1” zastępuje się wyrazami „skierowanie na test zostało wystawione przez podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, w tym opieka zdrowotna w izolatorium, za pośrednictwem systemu, o którym mowa w § 2 ust. 4 pkt 1”,
  - b) w ust. 6 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:  
„Osoba prowadząca wspólne gospodarstwo domowe z osobą, u której stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2 lub z nią zamieszkująca, od dnia uzyskania przez osobę, u której stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2, pozytywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2, jest obowiązana poddać się kwarantannie, której okres jest określony w przepisach wydanych na podstawie art. 34 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.”,
  - c) po ust. 7a dodaje się ust. 7b w brzmieniu:  
„7b. Obowiązku, o którym mowa w ust. 6, nie stosuje się także do osoby, która w okresie nie dłuższym niż 30 dni przed dniem wprowadzenia do systemu, o którym mowa w § 2 ust. 4 pkt 1, uzyskanego przez osobę, o której mowa w ust. 6, pozytywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2, zakończyła izolację, izolację w warunkach domowych lub hospitalizację.”;
- 7) w § 8 po wyrazach „w czasie pandemii COVID-19” dodaje się przecinek i wyrazy „lub zaświadczenie, o którym mowa w § 2b ust. 1”;
- 8) w § 9 w ust. 10 pkt 2 otrzymuje brzmienie:
- „2) dezynfekcji statku powietrznego:
    - a) co najmniej raz na 7 dni, chyba że statek powietrzny nie był używany do transportu pasażerów od czasu poprzedniej dezynfekcji,

- b) po każdej operacji lotniczej z osobą chorą oraz po każdej operacji lotniczej wykonywanej z regionów o wysokim wskaźniku zachorowań zgodnie z przeprowadzoną przez przewoźnika lotniczego analizą ryzyka;”;
- 9) w § 19 po ust. 9 dodaje się ust. 9a w brzmieniu:
- „9a. Do dnia 28 lutego 2022 r. informacja, o której mowa w:
- 1) art. 96b ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 1977 i 2120), może zawierać również inne dane zawarte w wystawionej receptce w postaci elektronicznej, o których mowa w art. 96a tej ustawy;
  - 2) art. 59b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, może zawierać również inne dane zawarte w wystawionym skierowaniu, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.”;
- 10) w § 20 ust. 3 otrzymuje brzmienie:
- „3. Do dnia 28 lutego 2022 r. osoby, o których mowa w art. 27 ust. 1 i art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, mogą nie przekazywać odpowiednio formularzy: ZLK 1 Zgłoszenie podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej oraz ZLB 1 Zgłoszenie dodatniego wyniku badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych, dotyczących zakażenia SARS-CoV-2, pod warunkiem zlecenia wykonania testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 oraz przekazania jego wyniku za pośrednictwem systemu teleinformatycznego, o którym mowa w § 2 ust. 4 pkt 1, lub za pośrednictwem systemu, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.”;
- 11) w § 26a po wyrazach „w czasie pandemii COVID-19” dodaje się przecinek i wyrazy „lub osób posiadających zaświadczenie, o którym mowa w § 2b ust. 1”.

**§ 2. 1.** Podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, w tym opieka zdrowotna w izolatorium, są obowiązane uzyskać dostęp do systemu, o którym mowa w § 2 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia zmienianego w § 1, w terminie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia. Podmioty, o których mowa w zdaniu pierwszym, uzyskują dostęp do tego systemu po uwierzytelnieniu ich pracowników w sposób

określony w art. 20a ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 2070).

2. Podmioty, o których mowa w ust. 1:

- 1) do dnia uzyskania dostępu do systemu, o którym mowa w § 2 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia zmienianego w § 1, zlecają testy diagnostyczne w kierunku SARS-CoV-2, w tym testy, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 34 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, finansowane ze środków publicznych, na dotychczasowych zasadach;
- 2) w przypadku braku dostępu do systemu, o którym mowa w § 2 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia zmienianego w § 1, mogą zlecać testy diagnostyczne w kierunku SARS-CoV-2, w tym testy, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 34 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, finansowane ze środków publicznych, za pośrednictwem systemu teleinformatycznego stanowiącego moduł Krajowego Rejestru Pacjentów z COVID-19 prowadzonego przez Narodowy Instytut Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie.

**§ 3.** Do osób, które w dniu wejścia w życie rozporządzenia odbywają obowiązkową kwarantannę na podstawie § 2 ust. 2 pkt 2, ust. 18, ust. 23 pkt 2 albo § 2a ust. 3, rozporządzenia zmienianego w § 1, stosuje się przepisy dotychczasowe.

**§ 4.** Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, z wyjątkiem § 1 pkt 6 lit. b i c, które wchodzi w życie z dniem 15 lutego 2022 r.

**PREZES RADY MINISTRÓW**

**MATEUSZ MORAWIECKI**

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/



## UZASADNIENIE

Rozporządzenie stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 46a i art. 46b pkt 1–6 i 8–13 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2021 r. poz. 2069, z późn. zm.).

W związku ze zmianą systemu informatycznego do obsługi procesu diagnostyki w kierunku wirusa SARS-CoV-2 przez podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, w tym opieka zdrowotna w izolatorium, konieczna stała się modyfikacja przepisów wskazujących system teleinformatyczny dedykowany do obsługi testów diagnostycznych w kierunku SARS-CoV-2. Obecnie podmioty te zlecają testy za pośrednictwem systemu teleinformatycznego stanowiącego moduł Krajowego Rejestru Pacjentów z COVID-19 prowadzonego przez Narodowy Instytut Kardiologii im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie. Jednak w związku z rozwojem systemu Ewidencji Wjazdów do Polski, zwanego dalej „EWP”, który jest obecnie kluczowym systemem przeciwdziałania epidemii COVID-19 w Polsce i gromadzenia w sposób kompleksowy danych związanych z walką z tą epidemią, uzasadnione stało się rozszerzenie jego funkcjonalności o możliwość zlecania testów również przez podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne, w tym opiekę zdrowotną w izolatorium.

Jednocześnie w związku z przetwarzaniem w systemie EWP danych dotyczących osób zlecających testy przewiduje się możliwość weryfikacji danych zawartych w zleceniach testów z wykorzystaniem danych przetwarzanych w Centralnym Wykazie Pracowników Medycznych, o którym mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 666 i 1292). Rejestr ten będący elementem systemu informacji w ochronie zdrowia stanowi obecnie rejestr referencyjny, w którym są przetwarzane dane wszystkich pracowników medycznych.

Ponadto proponuje się wprowadzenie przepisu umożliwiającego zamieszczanie na informacji o wystawionej receptce lub skierowaniu, w szczególności na wydruku informacyjnym recepty lub skierowania, wszystkich danych zawartych na tych dokumentach, a nie wyłącznie danych, o których mowa w art. 96b ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 1977 i 2120) oraz w art. 59b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.).

Powyższe pozwoli na uwzględnienie w informacji o wystawionej receptce lub skierowaniu danych, które są zgodnie z ww. przepisami widoczne tylko na receptce i skierowaniu. Z uwagi natomiast na elektroniczną postać recepty i skierowania pacjenci, którzy do tej pory nie aktywowali Internetowego Konta Pacjenta, zwanego dalej „IKP”, nie mają dostępu do podstawowych informacji zawartych na receptce lub skierowaniu. Przedmiotowe rozwiązanie pozwoli zatem pacjentom, którzy jeszcze nie aktywowali IKP, na uzyskanie tych informacji na podstawie informacji otrzymanej w postaci wiadomości e-mail albo wydruku.

W związku ze zmianą sposobu przekazywania zleceń testów diagnostycznych w kierunku SARS-CoV-2 przez podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne, w tym opiekę zdrowotną w izolatorium, konieczne jest również wprowadzenie trzymiesięcznego okresu przejściowego, który umożliwi stopniowe przechodzenie podmiotów z systemu prowadzonego przez Narodowy Instytut Kardiologii im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie na system EWP. Jednocześnie dostęp do systemu EWP będzie możliwy wyłącznie przy użyciu profilu zaufanego przez pracowników podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne.

Proponowane rozwiązania wprowadzają ponadto możliwość wykonywania badań przesiewowych w oparciu o nowe technologie wykorzystujące zjawiska fizyki kwantowej i uczenia maszynowego jednocześnie. Ma to pozwolić na bezinwazyjną diagnostykę w czasie rzeczywistym zakażeń wywołanych przez wirusa SARS-CoV-2 przez wykrywanie jego obecności w wydychanym powietrzu oraz z wymazów pobranych z nosogardzieli lub wewnętrznej części policzka. Urządzenia do wykonywania testów będą wyrobami medycznymi o jakości diagnostycznej porównywalnej do szybkich testów antygenowych. Testy nie będą finansowane ze środków publicznych, nie będą też wymagały zlecenia w systemie EWP oraz systemie, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Ze względu na przesiewowy charakter tych testów w przypadku pozytywnego wyniku powinny one zostać potwierdzone przez przeprowadzenie testu RT-PCR. Przedmiotowe testy pozwolą na przesiewowe testowanie na dużą skalę i w szybkim tempie.

Jednocześnie projektowane rozporządzenie liberalizuje nałożone na przewoźników lotniczych wymagania dotyczące dezynfekcji statku powietrznego. Zgodnie z projektowanymi przepisami przewoźnik lotniczy będzie ją wykonywać:

- 1) co najmniej raz na 7 dni, chyba że statek powietrzny nie był używany do transportu pasażerów od czasu poprzedniej dezynfekcji,
- 2) po każdej operacji lotniczej z osobą chorą albo z podejrzeniem zakażenia chorobą zakaźną oraz po każdej operacji lotniczej wykonywanej z regionów o wysokim wskaźniku zachorowań zgodnie z przeprowadzoną przez przewoźnika lotniczego analizą ryzyka.

Powyższe wynika ze zmiany rekomendacji Agencji Unii Europejskiej ds. Bezpieczeństwa Lotniczego (EASA) w zakresie dotyczącym dezynfekcji statków powietrznych.

Dodatkowo projektowane przepisy mają na celu wprowadzenie do porządku prawnego rozwiązania polegającego na możliwości uzyskania certyfikatu (na kształt Unijnego Certyfikatu COVID) z tytułu przebycia choroby COVID-19 potwierdzonej tzw. szybkim testem antygenowym. Powyższy certyfikat będzie formą i kształtem przypominał Unijny Certyfikat COVID, o którym mowa w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/953 z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie ram wydawania, weryfikowania i uznawania interoperacyjnych zaświadczeń o szczepieniu, o wyniku testu i o powrocie do zdrowia w związku z COVID-19 (unijne cyfrowe zaświadczenie COVID) w celu ułatwienia swobodnego przemieszczania się w czasie pandemii COVID-19 (Dz. Urz. UE L 211 z 15.06.2021, str. 1). Różnica między projektowanym certyfikatem a tym wynikającym z unijnego rozporządzenia będzie w głównej mierze polegać na uznawaniu testu w kierunku wirusa SARS-CoV-2, który będzie kwalifikował do uzyskania certyfikatu: proponowany certyfikat po potwierdzeniu szybkim testem antygenowym i certyfikat unijny po potwierdzeniu molekularnym testem diagnostycznym RT-PCR. Certyfikat będzie można pobrać z IKP (z tzw. Platformy P1) oraz otrzymać w wersji papierowej od lekarza lub pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. Certyfikat będzie mógł być stosowany na terenie Polski w sytuacjach, w których jest stosowane unijne cyfrowe zaświadczenie COVID-19. W poszczególnych przepisach zostały zaproponowane zmiany dodające przedmiotowe zaświadczenie do katalogu dokumentów pozwalających na weryfikację stanu zdrowia (obok unijnego cyfrowego zaświadczenia COVID oraz zaświadczenia uznanego za równoważne z nim). Dokument ten nie będzie dokumentem równoważnym w rozumieniu rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/953 z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie ram wydawania, weryfikowania i uznawania interoperacyjnych zaświadczeń o szczepieniu, o wyniku testu i o powrocie do zdrowia w związku z COVID-19 (unijne

cyfrowe zaświadczenie COVID) w celu ułatwienia swobodnego przemieszczania się w czasie pandemii COVID-19.

Ponadto na podstawie przepisów projektowanego rozporządzenia zostanie wprowadzona możliwość zwolnienia z obowiązku przekazywania druków ZLK 1 osób, które przekazują dane za pośrednictwem aplikacji gabinet.gov.pl (np. POZ) lub rejestru chorych na COVID (szpitale).

Dodatkowe regulowane zagadnienie stanowią zmiany dotyczące długości okresu obowiązkowej kwarantanny, do której poddania się są obowiązane osoby przekraczające granicę Rzeczypospolitej Polskiej. W dniu 7 stycznia 2022 r. Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) zaktualizowało swoje wytyczne dotyczące kwarantanny bliskich kontaktów z przypadkami COVID-19 i izolacji przypadków COVID-19. Biorąc pod uwagę fakt, że wariant Omicron szybko staje się dominujący w państwach UE/EOG, wytyczne mają na celu zapewnienie możliwości modyfikacji długości okresu kwarantanny i izolacji, zwłaszcza gdy poszczególne państwa stoją w obliczu wysokiej lub skrajnej presji na systemy opieki zdrowotnej i inne funkcje w społeczeństwie, w tym niezbędne usługi. Tym samym w obliczu szybszego rozprzestrzeniania się zakażeń i skierowania obecnie w Polsce setek tysięcy obywateli do odbycia kwarantanny albo izolacji jednocześnie jest niezbędne uelastycznienie pewnych sanitarnych ograniczeń w sposób umożliwiający codzienne funkcjonowanie.

Jeżeli chodzi o kwarantannę wjazdową, zostanie wprowadzona siedmiodniowa kwarantanna dla przyjezdnych ze wszystkich krajów. W projekcie rozporządzenia proponuje się także aktualizację definicji osoby zaszczepionej. Aktualny termin ważności zaświadczenia wynika ze zmiany podstawy prawnej dla zmiany terminu ważności certyfikatu przez rozporządzenie delegowane Komisji (UE) 2021/2288 z dnia 21 grudnia 2021 r. zmieniającego załącznik do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/953 w odniesieniu do okresu uznawania zaświadczeń o szczepieniu wydawanych w formacie unijnego cyfrowego zaświadczenia COVID wskazującego na zakończenie serii szczepień pierwotnych. Zmiana w zakresie okresu ważności certyfikatu nastąpiła w dniu 1 lutego 2022 r. i od tej daty okres ten wynosi 270 dni. Okres ważności jest liczony od ostatniego szczepienia i dotyczy wyłącznie unijnego cyfrowego zaświadczenia COVID na potrzeby swobody przemieszczania się. W przypadku podania dawki kolejnej, tj. dodatkowej oraz przypominającej, nie stosuje się okresu karencji 14 dni, od dnia podania ostatniej dawki. Wobec powyższego za osobę zaszczepioną uznaje się osobę, której wystawiono ważne zaświadczenie o wykonaniu szczepienia ochronnego

przeciwko COVID-19 szczepionką dopuszczoną do obrotu w Unii Europejskiej lub znajdującą się w wykazie odpowiedników szczepionek dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, prowadzonym przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, i upłynęło co najmniej 14 dni od dnia podania szczepionki jednodawkowej albo drugiej dawki szczepionki – w przypadku szczepionek dwudawkowych, a w przypadku kolejnej dawki od dnia wykonania szczepienia tą dawką.

Jednocześnie wprowadzono przepis wskazujący, że okres kwarantanny dla osoby prowadzącej wspólne gospodarstwo domowe z osobą, u której stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2, i która została poddana z tej przyczyny izolacji w warunkach domowych, jest tożsamy z okresem kwarantanny wskazanym w przepisach wydanych na podstawie art. 34 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Ponadto uproszczono zasady zwolnienia z kwarantanny dla osób, które w ciągu ostatnich trzydziestu dni zakończyły izolację.

Osoby odbywające w dniu wejścia w życie rozporządzenia obowiązkową kwarantannę, o której mowa w § 2 ust. 2 pkt 2, ust. 18 i ust. 23 pkt 2 oraz § 2a ust. 3 rozporządzenia zmienianego, będą zobowiązane zakończyć ją na dotychczasowych zasadach.

Rozporządzenie wejdzie w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, z wyjątkiem § 1 pkt 6 lit. b i c, które wejdą w życie z dniem 15 lutego 2022 r.

Rozporządzenie nie wymaga przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Rozporządzenie nie jest sprzeczne z prawem Unii Europejskiej.

Rozporządzenie nie podlega notyfikacji zgodnie z przepisami rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

Rozporządzenie wpływa na działalność mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców, jeżeli prowadzą oni działalność związaną z ograniczeniami przewidzianymi w projektowanym rozporządzeniu.

<p><b>Nazwa projektu</b> Rozporządzenie Rady Ministrów zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii</p> <p><b>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące</b> Ministerstwo Zdrowia</p> <p><b>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu</b> Pan Waldemar Kraska, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p><b>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu</b> Damian Jakubik, Dyrektor Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia, tel. 22 634 94 13 d.jakubik@mz.gov.pl</p>	<p><b>Data sporządzenia</b> 10.02.2022 r.</p> <p><b>Źródło:</b> Art. 46a i art. 46b pkt 1–6 i 8–13 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2021 r. poz. 2069, z późn. zm.)</p> <p><b>Nr w Wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów</b> RD</p>
--	--

## OCENA SKUTKÓW REGULACJI

### 1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt ma na celu ograniczenie ryzyka związanego z wystąpieniem epidemii wywołanej nowym koronawirusem SARS-CoV-2.

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

W związku ze zmianą systemu informatycznego do obsługi procesu diagnostyki w kierunku wirusa SARS-CoV-2 przez podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, w tym opiekę zdrowotną w izolatorium, konieczna stała się modyfikacja przepisów wskazujących system teleinformatyczny dedykowany do obsługi testów diagnostycznych w kierunku SARS-CoV-2. Obecnie podmioty te zlecają testy za pośrednictwem systemu teleinformatycznego stanowiącego moduł Krajowego Rejestru Pacjentów z COVID-19 prowadzonego przez Narodowy Instytut Kardjologii im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie. Jednak w związku z rozwojem systemu Ewidencji Wjazdów do Polski, zwanego dalej „EWP”, który jest obecnie kluczowym systemem przeciwdziałania epidemii COVID-19 w Polsce i gromadzenia w sposób kompleksowy danych związanych z walką z tą epidemią, uzasadnione stało się rozszerzenie jego funkcjonalności o możliwość zlecania testów również przez podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne, w tym opiekę zdrowotną w izolatorium.

Jednocześnie w związku z przetwarzaniem w systemie EWP danych dotyczących osób zlecających testy, przewiduje się możliwość weryfikacji danych zawartych w zleceniach testów z wykorzystaniem danych przetwarzanych w Centralnym Wykazie Pracowników Medycznych, o którym mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 666 i 1292). Rejestr ten będący elementem systemu informacji w ochronie zdrowia stanowi obecnie rejestr referencyjny, w którym są przetwarzane dane wszystkich pracowników medycznych.

Ponadto proponuje się wprowadzenie przepisu umożliwiającego zamieszczanie na informacji o wystawionej receptce lub skierowaniu, w szczególności na wydruku informacyjnym recepty lub skierowania, wszystkich danych zawartych na tych dokumentach, a nie wyłącznie danych, o których mowa w art. 96b ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 1977 i 2120) oraz w art. 59b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.). Powyższe pozwoli na uwzględnienie w informacji o wystawionej receptce lub skierowaniu danych, które są zgodnie z ww. przepisami widoczne tylko na receptce i skierowaniu. Z uwagi natomiast na elektroniczną postać recepty i skierowania pacjenci, którzy do tej pory nie aktywowali Internetowego Konta Pacjenta, zwanego dalej „IKP”, nie mają dostępu do podstawowych informacji zawartych na receptce lub skierowaniu. Przedmiotowe rozwiązanie pozwoli zatem pacjentom, którzy jeszcze nie aktywowali IKP, na uzyskanie tych informacji na podstawie informacji otrzymanej w postaci wiadomości e-mail albo wydruku.

W związku ze zmianą sposobu przekazywania zleceń testów diagnostycznych w kierunku SARS-CoV-2 przez podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne, w tym opiekę zdrowotną w izolatorium, konieczne jest również wprowadzenie trzymiesięcznego okresu przejściowego, który umożliwi stopniowe przechodzenie podmiotów z systemu prowadzonego przez Narodowy Instytut Kardjologii im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie na system EWP. Jednocześnie dostęp do systemu EWP będzie możliwy wyłącznie przy użyciu profilu zaufanego przez pracowników podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne.

Proponowane rozwiązania wprowadzają ponadto możliwość wykonywania badań przesiewowych w oparciu o nowe technologie, wykorzystujące zjawiska fizyki kwantowej i uczenia maszynowego jednocześnie. Ma to pozwolić na bezinwazyjną diagnostykę w czasie rzeczywistym zakażeń wywołanych przez wirusa SARS-CoV-2 przez wykrywanie

jego obecności w wydychanym powietrzu oraz z wymazów pobranych z nosogardzieli lub wewnętrznej części policzka. Urządzenia do wykonywania testów będą wyrobami medycznymi o jakości diagnostycznej porównywalnej do szybkich testów antygenowych. Testy nie będą finansowane ze środków publicznych, nie będą też wymagały zlecenia w systemie EWP oraz systemie, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Ze względu na przesiewowy charakter tych testów w przypadku pozytywnego wyniku powinny one zostać potwierdzone przez przeprowadzenie testu RT-PCR. Przedmiotowe testy pozwolą na przesiewowe testowanie na dużą skalę i w szybkim tempie.

Jednocześnie projektowane rozporządzenie liberalizuje nałożone na przewoźników lotniczych wymagania dotyczące dezynfekcji statku powietrznego. Zgodnie z projektowanymi przepisami przewoźnik lotniczy będzie ją wykonywać:

1) co najmniej raz na 7 dni, chyba że statek powietrzny nie był używany do transportu pasażerów od czasu poprzedniej dezynfekcji,

2) po każdej operacji lotniczej z osobą chorą albo z podejrzeniem zakażenia chorobą zakaźną oraz po każdej operacji lotniczej wykonywanej z regionów o wysokim wskaźniku zachorowań zgodnie z przeprowadzoną przez przewoźnika lotniczego analizą ryzyka.

Powyższe wynika ze zmiany rekomendacji Agencji Unii Europejskiej ds. Bezpieczeństwa Lotniczego (EASA) w zakresie dotyczącym dezynfekcji statków powietrznych.

Dodatkowo projektowane przepisy mają na celu wprowadzenie do porządku prawnego rozwiązania polegającego na możliwości uzyskania certyfikatu (na kształt Unijnego Certyfikatu COVID) z tytułu przebycia choroby COVID-19 potwierdzonej tzw. szybkim testem antygenowym. Powyższy certyfikat będzie formą i kształtem przypominał Unijny Certyfikat COVID, o którym mowa w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/953 z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie ram wydawania, weryfikowania i uznawania interoperacyjnych zaświadczeń o szczepieniu, o wyniku testu i o powrocie do zdrowia w związku z COVID-19 (unijne cyfrowe zaświadczenie COVID) w celu ułatwienia swobodnego przemieszczania się w czasie pandemii COVID-19 (Dz. Urz. UE L 211 z 15.06.2021, str. 1). Różnica między projektowanym certyfikatem a tym wynikającym z unijnego rozporządzenia będzie w głównej mierze polegać na uznawaniu testu w kierunku wirusa SARS-CoV-2, który będzie kwalifikował do uzyskania certyfikatu: proponowany certyfikat po potwierdzeniu szybkim testem antygenowym i certyfikat unijny po potwierdzeniu molekularnym testem diagnostycznym RT-PCR. Certyfikat będzie można pobrać z IKP (z tzw. Platformy P1) oraz otrzymać w wersji papierowej od lekarza lub pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. Certyfikat będzie mógł być stosowany na terenie Polski w sytuacjach, w których jest stosowane unijne cyfrowe zaświadczenie COVID-19. W poszczególnych przepisach zostały zaproponowane zmiany dodające przedmiotowe zaświadczenie do katalogu dokumentów pozwalających na weryfikację stanu zdrowia (obok unijnego cyfrowego zaświadczenia COVID oraz zaświadczenia uznanego za równoważne z nim). Dokument ten nie będzie dokumentem równoważnym w rozumieniu rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/953 z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie ram wydawania, weryfikowania i uznawania interoperacyjnych zaświadczeń o szczepieniu, o wyniku testu i o powrocie do zdrowia w związku z COVID-19 (unijne cyfrowe zaświadczenie COVID) w celu ułatwienia swobodnego przemieszczania się w czasie pandemii COVID-19.

Ponadto na podstawie przepisów projektowanego rozporządzenia zostanie wprowadzona możliwość zwolnienia z obowiązku przekazywania druków ZLK 1 osób, które przekazują dane za pośrednictwem aplikacji gabinet.gov.pl (np. POZ) lub rejestru chorych na COVID (szpitale).

Dodatkowe regulowane zagadnienie stanowią zmiany dotyczące długości okresu obowiązkowej kwarantanny, do której poddania się są obowiązane osoby przekraczające granicę Rzeczypospolitej Polskiej. W dniu 7 stycznia 2022 r. Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) zaktualizowało swoje wytyczne dotyczące kwarantanny bliskich kontaktów z przypadkami COVID-19 i izolacji przypadków COVID-19. Biorąc pod uwagę fakt, że wariant Omicron szybko staje się dominujący w UE/EOG, wytyczne mają na celu zapewnienie możliwości modyfikacji długości okresu kwarantanny i izolacji, zwłaszcza gdy poszczególne państwa stoją w obliczu wysokiej lub skrajnej presji na systemy opieki zdrowotnej i inne funkcje w społeczeństwie, w tym niezbędne usługi. Tym samym w obliczu szybszego rozprzestrzeniania się zakażeń i skierowania obecnie w Polsce setek tysięcy obywateli do odbycia kwarantanny albo izolacji jednocześnie jest niezbędne uelastycznienie pewnych sanitarnych ograniczeń w sposób umożliwiający codzienne funkcjonowanie.

Jeżeli chodzi o kwarantannę wjazdową, zostanie wprowadzona siedmiodniowa kwarantanna dla przyjezdnych ze wszystkich krajów. W projekcie rozporządzenia proponuje się także aktualizację definicji osoby zaszczepionej. Aktualny termin ważności zaświadczenia wynika ze zmiany podstawy prawnej dla zmiany terminu ważności certyfikatu przez rozporządzenie delegowane Komisji (UE) 2021/2288 z dnia 21 grudnia 2021 r. zmieniającego załącznik do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/953 w odniesieniu do okresu uznawania zaświadczeń o szczepieniu wydawanych w formacie unijnego cyfrowego zaświadczenia COVID wskazującego na zakończenie serii szczepień pierwotnych. Zmiana w zakresie okresu ważności certyfikatu nastąpiła w dniu 1 lutego 2022 r. i od tej daty okres ten wynosi 270 dni. Okres ważności jest liczony od ostatniego szczepienia i dotyczy wyłącznie unijnego cyfrowego zaświadczenia COVID na potrzeby swobody przemieszczania się. W przypadku podania dawki kolejnej, tj.

dotatkowej oraz przypominającej, nie stosuje się okresu karencji 14 dni, od dnia podania ostatniej dawki. Wobec powyższego za osobę zaszczepioną uznaje się osobę, której wystawiono ważne zaświadczenie o wykonaniu szczepienia ochronnego przeciwko COVID-19 szczepionką dopuszczoną do obrotu w Unii Europejskiej lub znajdującą się w wykazie odpowiedników szczepionek dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, prowadzonym przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, i upłynęło co najmniej 14 dni od dnia podania szczepionki jednodawkowej albo drugiej dawki szczepionki – w przypadku szczepionek dwudawkowych, a w przypadku kolejnej dawki od dnia wykonania szczepienia tą dawką.

Jednocześnie wprowadzono przepis wskazujący, że okres kwarantanny dla osoby prowadzącej wspólne gospodarstwo domowe z osobą, u której stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2, i która została poddana z tej przyczyny izolacji w warunkach domowych, jest tożsamy z okresem kwarantanny wskazanym w przepisach wydanych na podstawie art. 34 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Ponadto uproszczono zasady zwolnienia z kwarantanny dla osób, które w ciągu ostatnich trzydziestu dni zakończyły izolację.

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

Zasadniczo – brak danych. Państwa członkowskie Unii Europejskiej odmiennie podchodzą do kwestii ograniczeń i zakazów w zakresie funkcjonowania życia gospodarczego i społecznego – w zależności od przyjętego modelu zwalczania pandemii i ograniczania jej skutków.

### 4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Podmioty podlegające ograniczeniom, nakazom i zakazom	–	–	Zmiana w zakresie ograniczeń.
–	–	–	–

### 5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Nie były prowadzone pre-konsultacje dotyczące projektu rozporządzenia.

Projekt był procedowany w trybie odrębnym zgodnie z § 98 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006, z późn. zm.), z pominięciem etapu uzgodnień, opiniowania i konsultacji publicznych oraz komisji prawniczej.

### 6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z ... r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0–10)
<b>Dochody ogółem</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
<b>Wydatki ogółem</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
<b>Saldo ogółem</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												



Źródła finansowania								
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń								
<b>7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe</b>								
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	-	-	-	-	-	-	-
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Rozporządzenie może mieć wpływ na tę grupę, w zakresie prowadzenia działalności w dziedzinach podlegających ograniczeniom.						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	----						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Rozporządzenie może mieć wpływ na tę grupę, w zakresie korzystania z usług w dziedzinach podlegających ograniczeniom oraz okresów obowiązkowej kwarantanny i izolacji.						
	osoby starsze i niepełnosprawne	Rozporządzenie może mieć wpływ na tę grupę, w zakresie korzystania z usług w dziedzinach podlegających ograniczeniom oraz okresów obowiązkowej kwarantanny i izolacji.						
Niemierzalne								
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń								
<b>8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu</b>								
X nie dotyczy								
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).				<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy				
<input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:				<input type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:				

Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie nie dotyczy
Komentarz:	
<b>9. Wpływ na rynek pracy</b>	
Rozporządzenie może mieć wpływ na rynek pracy w obszarze świadczenia usług objętych ograniczeniami.	
<b>10. Wpływ na pozostałe obszary</b>	
<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe	<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe <input type="checkbox"/> inne:
	<input type="checkbox"/> informatyzacja <input checked="" type="checkbox"/> zdrowie
Omówienie wpływu	Przewiduje się, że projektowane rozporządzenie przyczyni się do ograniczenia ryzyka wystąpienia epidemii związanej z zakażeniem koronawirusem SARS-CoV-2.
<b>11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego</b>	
Rozporządzenie wejdzie w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, z wyjątkiem § 1 pkt 6 lit. b i c, które wejdą w życie z dniem 15 lutego 2022 r.	
<b>12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?</b>	
Projektowane rozporządzenie ma być stosowane w sposób ciągły, stąd też nie planuje się ewaluacji efektów projektu, a tym samym nie stosuje się mierników dla tej ewaluacji. Ewentualna ocena i zmiany będą związane z sytuacją związaną ze stanem epidemii w Rzeczypospolitej Polskiej i na świecie.	
<b>13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)</b>	
Brak.	