

SERWIS INFORMACJI PRAWNEJ *e-informator*

Nr 18/2020 (51)

[data publikacji: 4 września 2020 roku]

W ramach Serwisu przedstawione zostały zmiany w prawie wchodzące w życie w następującym okresie:

01.09.2020 – 18.09.2020*	w przypadku przepisów prawa powszechnie obowiązującego
21.08.2020 – 04.09.2020	w przypadku zarządzeń* Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia






Zarządzenia ujęte w Serwisie nie są informacją o wszystkich zarządzeniach wydanych przez Prezesa NFZ we wskazanym okresie – zostały one wyselekcjonowane i dotyczą indywidualnej działalności prowadzonej przez Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, w związku z powyższym nie zostały w Serwisie uwzględnione zarządzenia dotyczące m.in. świadczeń szpitalnych.

Przedstawione informacje dotyczą zmian w prawie, mających znaczenie przede wszystkim dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą w formie indywidualnych lub grupowych praktyk lekarskich, a także podmiotów leczniczych realizujących ambulatoryjne świadczenia opieki zdrowotnej, oraz lekarzy zatrudnionych w podmiotach leczniczych. W Serwisie nie są uwzględniane zmiany związane z zasadami prowadzenia działalności leczniczej w zakresie leczenia szpitalnego.

Redakcja Serwisu zachęca do zapoznania się także z bieżącymi komunikatami na temat najnowszych zmian w prawie, dotyczących w szczególności działalności przedsiębiorców oraz instytucji publicznych (w tym m.in. w przedmiocie rozwiązań przyjętych w ramach tzw. „tarczy antykryzysowej”), które opracowywane są przez Kancelarię Adwokatów i Radców Prawnych P.J. Sowisło & Topolewski S.K.A.

Komunikaty publikowane są na stronie internetowej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, pod adresem:
<https://wil.org.pl/prawo-w-pandemii/>.

Wyjaśnienie dotyczące używanych w Serwisie oznaczeń kolorystycznych:

-  - informacje istotne
-  - informacje szczególnie istotne
-  - informacja związana z kolejną (najnowszą) nowelizacją danego aktu prawnego
-  - dawna treść przepisu
-  - nowa treść przepisu lub przepis dodany

SPIS TREŚCI

1. ZMIANY W PRZEPISACH:	3
Zmiana ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry	3
Zmiana ustawy Prawo farmaceutyczne	6
Zmiana ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.....	8
Zmiana ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi	16
Zmiana ustawy o działalności leczniczej	17
Zmiana ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia	19
Zmiana ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej.....	21
Zmiana ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych	23
Pozostałe zmiany wynikające z ustawy o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu.....	24
Zmiana rozporządzenia w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego	27
Zmiana rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach.....	30
Zmiana zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o finansowanie informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej - pilotaż EDM	32
Zmiana zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej	33
2. NOWE AKTY PRAWNE:	35
3. TERMINARZ LEKARZA:	37
4. WYKAZ PRODUKTÓW LECZNICZYCH, ŚRODKÓW SPOŻYWCZYCH SPECJALNEGO PRZEZNACZENIA ŻYWIENIOWEGO ORAZ WYROBÓW MEDYCZNYCH ZAGROŻONYCH BRAKIEM DOSTĘPNOŚCI NA TERYTORIUM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ	44
5. WYKAZ PODMIOTÓW UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ DOTYCZĄCEJ PRZECIWDZIAŁANIA COVID-19	45

1. ZMIANY W PRZEPISACH:

1. Zmiany w przepisach prawa powszechnie obowiązującego:

Zmiana ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Z dniem **1 września 2020 r.** weszła w życie (w przeważającej mierze) ustawa z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493) – zwana dalej **nowelizacją**.

Powyższa ustawa wprowadziła zmiany w wielu aktach prawnych, w tym w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn. Dz. U. z 2020 r. poz. 514 ze zm.).

W ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, nowelizacja dotyczy:

- 1) **zmiany brzmienia art. 16c ust. 11** (dotyczy **postępowania konkursowego w celu zakwalifikowania lekarza do odbycia szkolenia specjalizacyjnego**):

11. Wynik postępowania konkursowego stanowi procent maksymalnej liczby punktów uzyskanych za LEK albo LDEK oraz punktów dodatkowych, o których mowa w ust. 10 pkt 1 ~~i 4~~, albo procent maksymalnej liczby punktów uzyskanych za LEK albo LDEK albo egzaminu w zakresie odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia albo PES oraz punktów dodatkowych, o których mowa w ust. 10 pkt 2, ~~4~~ i ust. 10c, albo procent maksymalnej liczby punktów uzyskanych za LEK albo LDEK oraz punktów dodatkowych, o których mowa w ust. 10 pkt 3 ~~i 4~~ oraz ust. 10c.

- 2) **dodania w art. 16i ust. 4a**, w brzmieniu:

*4a. Jeżeli lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii **nie może realizować programu szkolenia specjalizacyjnego w wymiarze, o którym mowa w ust. 1**, za czas nierealizowania programu szkolenia przysługuje mu wynagrodzenie w dotychczasowej wysokości, o ile zgłosił jednostce szkolącej gotowość do realizacji programu tego szkolenia – z wyłączeniem wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 3 i 4.*

Przepisowi nadano moc obowiązującą od dnia 13 marca 2020 r.

- 3) **dodania w art. 16l w ust. 1, po pkt 5 – pkt 5a**, w brzmieniu:

*1. Okres trwania szkolenia specjalizacyjnego, z zastrzeżeniem art. 16i ust. 1e, ulega przedłużeniu o czas nieobecności lekarza w pracy:
5a) w przypadku, o którym mowa w art. 16i ust. 4a.*

Przepisowi nadano moc obowiązującą od dnia 13 marca 2020 r.

- 4) **dodania w art. 16m, po ust. 18 – ust. 18a**, w brzmieniu:

*18a. Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne, który w związku ze stanem zagrożenia epidemicznego lub stanem epidemii **nie może realizować szkolenia specjalizacyjnego w sposób zgodny z programem szkolenia specjalizacyjnego, jest zwolniony z obowiązku wykonania i udokumentowania procedur medycznych objętych danym programem szkolenia specjalizacyjnego, jeżeli:***

- 1) do wykonania danej procedury w liczbie przewidzianej w programie specjalizacji konieczne jest przedłużenie szkolenia specjalizacyjnego oraz
 - 2) kierownik specjalizacji potwierdzi w EKS, że lekarz posiada umiejętność wykonywania danej procedury, oraz
 - 3) wykonał daną procedurę co najmniej w liczbie stanowiącej połowę liczby, w jakiej procedura ta powinna być wykonana zgodnie z programem szkolenia specjalizacyjnego.
- 5) **w art. 16m ust. 19**, dokonano korekty wynikającej z dodania wspomnianego wyżej ust. 18a:
19. Przepisy ust. 15-18a stosuje się odpowiednio do lekarza będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej.
- 6) **dodania w art. 16rc, po ust. 3 – ust. 3a i 3b**, w brzmieniu:
3a. Jeżeli w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii przeprowadzenie egzaminu testowego albo ustnego PES nie będzie możliwe ze względu na bezpieczeństwo osób biorących udział w tym egzaminie, minister właściwy do spraw zdrowia może w trakcie sesji egzaminacyjnej podjąć decyzję o odstąpieniu od przeprowadzenia egzaminu testowego albo ustnego PES w danej dziedzinie w tej sesji z zachowaniem wyłącznie jednej z form PES.
3b. Komunikat o odstąpieniu od przeprowadzenia egzaminu testowego albo ustnego PES, o których mowa w ust. 3a, zamieszcza się na stronie internetowej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia oraz na stronie internetowej CEM.
- 7) **dodania w art. 16s, po ust. 7 – ust. 7a-7g**, w brzmieniu:
7a. W uzasadnionych przypadkach, związanych z wystąpieniem zwiększonego zagrożenia epidemicznego lub innych okoliczności zagrażających bezpieczeństwu osób uczestniczących w PES, dyrektor CEM w porozumieniu z przewodniczącym właściwej PKE może zdecydować, że egzamin ustny PES zostanie przeprowadzony za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej umożliwiającym jednoczesny udział zdającego i wszystkich członków zespołu egzaminacyjnego, zwany dalej „zdalnym PES”.
7b. Zdalny PES może być przeprowadzony w siedzibie CEM albo innym miejscu wskazanym przez dyrektora CEM w porozumieniu z przewodniczącym zespołu egzaminacyjnego.
7c. Wojewoda jest obowiązany do współpracy z dyrektorem CEM przy organizacji i przeprowadzaniu zdalnego PES.
7d. W trakcie całego czasu trwania zdalnego PES zdający znajduje się pod bezpośrednim nadzorem pracownika CEM, przewodniczącego zespołu egzaminacyjnego albo przedstawiciela właściwego wojewody. Do przedstawiciela wojewody stosuje się art. 16u ust. 7 pkt 1 i ust. 8.
7e. Oprogramowanie służące do przeprowadzenia zdalnego PES jest udostępniane i konfigurowane przez CEM. Przebieg zdalnego PES jest rejestrowany.
7f. Zdający jest widziany i słyszany przez wszystkich członków zespołu egzaminacyjnego bezpośrednio lub za pomocą środków komunikacji, o których mowa w ust. 7a.
7g. Do zdalnego PES stosuje się odpowiednio przepis ust. 8, z zastrzeżeniem że członkowie zespołu egzaminacyjnego, podczas całego egzaminu, są widziani i słyszani za pomocą środków komunikacji, o których mowa w ust. 7a. W przypadku zdalnego PES członkowie zespołu egzaminacyjnego składają ustne oświadczenia dotyczące wystawionych przez nich ocen. Oświadczenia te są rejestrowane za pomocą środków komunikacji, o których mowa w ust. 7a, lub, jeżeli nie ma takiej możliwości, za pomocą oprogramowania dostępnego na stacjach roboczych członków zespołu egzaminacyjnego.

- 8) dodania w art. 16t (dotyczącym **opłaty za ponowne przystąpienie do PES**), ust. 4a-4c, w brzmieniu:

4a. Z opłaty, o której mowa w ust. 1, za kolejne zgłoszenie do PES może zostać zwolniony lekarz, który w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii mimo zgłoszenia się do PES nie przystąpił do tego egzaminu.

4b. W celu uzyskania zwolnienia z opłaty, o którym mowa w ust. 4a, lekarz w terminie 70 dni od dnia, w którym odbył się PES, do którego miał przystąpić, składa do dyrektora CEM wniosek o zwolnienie z opłaty za kolejne zgłoszenie do PES.

4c. Do terminu, o którym mowa w ust. 4b, nie stosuje się przepisów art.58–60 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego.

- 9) dodania w art. 19g (dotyczącym **kursów szkoleniowych objętych programem danej specjalizacji**), po ust. 1 – ust. 1a, w brzmieniu:

1a. Kursy, o których mowa w ust. 1, mogą być realizowane z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość, jeżeli możliwość takiej formy przewiduje program specjalizacji lub została uzyskana zgoda dyrektora CMKP.

Pełny tekst nowelizacji, dostępny jest pod adresem:

<https://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2020/1493> .

Pełny tekst ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (w wersji ujednoliconej, która nie uwzględnia jednak zmian wprowadzonych analizowaną nowelizacją), dostępny jest pod adresem:

<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200000514> .

Pełny tekst uzasadnienia do projektu analizowanej nowelizacji (który w toku prac legislacyjnych uległ jednak pewnym), dostępny jest pod adresem:

<http://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/7F9C39A65A590849C12585A5006204C0/%24File/483-uzas.docx> .

Zmiana ustawy Prawo farmaceutyczne

Z dniem **1 września 2020 r.** weszła w życie (w przeważającej mierze) ustawa z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493) – zwana dalej **nowelizacją**.

Powyższa ustawa wprowadziła zmiany w wielu aktach prawnych, w tym w ustawie z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tekst jedn. Dz. U. z 2020 r. poz. 944 ze zm.).

W ustawie Prawo farmaceutyczne, dokonano m.in. następujących zmian:

- 1) w art. 95b ust. 2 (zawierającym **katalog przypadków, w których recepta wystawiania jest w postaci papierowej, a nie elektronicznej**), uchylono punkt 6, który dotyczył przypadku:
 - 6) ~~recepty na produkt leczniczy nieposiadający pozwolenia na dopuszczenie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i sprowadzany z zagranicy na warunkach i w trybie określonych w art. 4.~~
- 2) zmiany art. 96a ust. 1b, który otrzymał następujące brzmienie:

1b. ~~Na receptie transgranicznej nie może być przepisany produkt leczniczy~~ **nie mogą być przepisane produkty lecznicze recepturowe, preparaty zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe oraz produkty lecznicze o kategorii dostępności "Rpw"**.
- 3) zmiany art. 96b ust. 2, w pkt 2 i 3:
 2. **Informację, o której mowa w ust. 1 [o wystawionej receptie, zawierającą dane określone w ust. 1 – przyp. red. Serwisu], pacjent otrzymuje:**
 - 2) ~~na wskazany w systemie informacji w ochronie zdrowia numer telefonu, w postaci wiadomości tekstowej zawierającej co najmniej kod dostępu oraz informację o konieczności podania numeru PESEL przy realizacji recepty~~ **– na żądanie pacjenta wyrażone w Internetowym Koncie Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, jeżeli dotyczy;**
 - 3) ~~w postaci wydruku – w przypadku braku wskazania w systemie informacji w ochronie zdrowia danych, o których mowa w pkt 1 i 2, oraz na żądanie pacjenta, albo w innej uzgodnionej postaci zawierającej co najmniej klucz dostępu do recepty lub pakietu recept lub kod dostępu oraz nazwę produktu leczniczego~~ **– w przypadku udzielania świadczenia zdrowotnego w miejscu wezwania lub badania za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności i braku możliwości przekazania informacji w postaci wydruku.**
- 4) zmiany art. 96b ust. 2a:

2a. ~~Do informacji, o której mowa w ust. 1, pacjent ma również dostęp w Internetowym Koncie Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, lub otrzymuje tę informację~~ **w sposób określony w ust. 2 lub 2b [nowo dodane ustępy 2b-2f, wejdą w życie 1 stycznia 2021 r., w związku z czym stanowiąc będą przedmiot odrębnego wydania e-informatora – przyp. red. Serwisu. Na potrzeby analizy przedmiotowego przepisu wskazać natomiast należy, że ust. 2b przewiduje przekazanie informacji o której mowa w ust. 1, obejmującej co najmniej kod dostępu, również do aplikacji mobilnych użytkowanych przez pacjenta, na jego żądanie].**

Pełny tekst nowelizacji, dostępny jest pod adresem:

<https://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2020/1493> .

Pełny tekst ustawy Prawo farmaceutyczne (w wersji ujednoliconej, która nie uwzględnia jednak zmian wprowadzonych analizowaną nowelizacją), dostępny jest pod adresem:

<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200000944> .

Pełny tekst uzasadnienia do projektu analizowanej nowelizacji (który w toku prac legislacyjnych uległ jednak pewnym), dostępny jest pod adresem:

<http://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/7F9C39A65A590849C12585A5006204C0/%24File/483-uzas.docx> .

Zmiana ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Z dniem **1 września 2020 r.** weszła w życie (w przeważającej mierze) ustawa z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493) – zwana dalej **nowelizacją**.

Powyższa ustawa wprowadziła zmiany w wielu aktach prawnych, w tym w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 ze zm.).

W ustawie o świadczeniach dokonano m.in. następujących zmian (poniżej przytoczono wyłącznie te zmiany, które w ocenie Serwisu mają najbardziej istotne znaczenie dla lekarzy):

- 1) Zmieniono brzmienie art. 19 ust. 4 (dotyczącego **wynagrodzenia dla świadczeniodawcy, który udzielił świadczeń w trybie nagłym, nie mając zawartej umowy z NFZ**), oraz po art. 19 ust. 5 (dotyczącym procedury uzyskania wynagrodzenia z powyższego tytułu – który to przepis poniżej przytoczono informacyjnie) dodano ust. 5a i 5b:
 4. *Świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Wynagrodzenie **to obejmuje** ~~uwzględnia~~ wyłącznie uzasadnione koszty ~~udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej, których wartość nie może przekroczyć kwoty, o której mowa w art. 42c ust. 1, udzielonych w sytuacji braku możliwości transportu pacjenta, ze względu na przeciwwskazania medyczne, do świadczeniodawcy posiadającego taką umowę, albo koszty przygotowania pacjenta do transportu do świadczeniodawcy posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz koszty tego transportu, jeżeli świadczeniodawca takie koszty poniósł.~~*
 5. *W celu uzyskania wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca składa wniosek do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wraz z rachunkiem, wykazem udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej i ich kosztów oraz pisemnym przedstawieniem okoliczności udzielenia świadczeń uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych.*
 - 5a. *Wniosek, o którym mowa w ust. 5, wnosi się w terminie 30 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia. Prezes Funduszu rozpatruje wniosek w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania. W szczególnie uzasadnionych przypadkach termin rozpatrzenia wniosku może zostać przedłużony o kolejne 30 dni, o czym na-leży poinformować świadczeniodawcę.*
 - 5b. *Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 4, jest wypłacane świadczeniodawcy w terminie 14 dni od dnia rozpatrzenia wniosku.*

2) Zmieniono brzmienie art. 19a ust. 5 pkt 1 (dotyczącego **harmonogramu przyjęć**), w następujący sposób:

5. Świadczeniodawca może nie wpisywać w harmonogramie przyjęć terminu udzielenia świadczenia w przypadku świadczeń:

1) **pielęgniacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych albo opiekuńczo-leczniczych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień;**

3) **Uchylony został w całości art. 21, dotyczący okresowej oceny listy oczekujących na udzielenie świadczenia.**

4) W przypadku wielu przepisów ustawy o świadczeniach, dokonano zmiany polegającej na przeniesieniu kompetencji/obowiązków *oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce udzielania świadczenia na Fundusz*, a także analogicznie, z *Dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu*, na *Prezesa Funduszu*.

5) **Zmieniono brzmienie art. 23 (dotyczący przekazywania NFZ informacji o listach oczekujących)**, który poniżej przytoczony został w całości (w tym informacyjnie, w zakresie niezmienionym):

1. Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 19a ust. 1, przekazuje co miesiąc ~~oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia~~ **Funduszowi** informację obejmującą:

- 1) dla każdej kategorii świadczeniobiorcy, o której mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 - liczbę osób wpisanych w harmonogramie przyjęć według stanu na ostatni dzień miesiąca;
- 2) dla każdego świadczeniobiorcy wpisanego do kategorii oczekujący, o której mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 lit. b - dane, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. d i e, według stanu na ostatni dzień miesiąca ze wskazaniem kryterium medycznego określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11, a w przypadku zmiany w okresie sprawozdawczym kategorii, o której mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 - także wskazanie kategorii posiadanej przed dokonaniem i po dokonaniu zmiany;
- 3) dane określone w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1.

2. ~~Oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczenia~~ **Fundusz** publikuje na swojej stronie internetowej, aktualizując co najmniej raz w miesiącu, informację o:

- 1) liczbie świadczeniobiorców wpisanych do kategorii oczekujący, o której mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 lit. b, przekazaną przez świadczeniodawcę;
- 2) średnim czasie oczekiwania w danym miesiącu, obliczonym na podstawie dokumentów rozliczeniowych za dany miesiąc;
- 3) możliwości udzielenia świadczenia przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

3. ~~Oddział wojewódzki Funduszu~~ **Fundusz** informuje świadczeniobiorcę, na jego żądanie, o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ~~z tym oddziałem~~, średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia.

4. Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 20 ust. 1, przekazuje każdego jego dnia roboczego, **z wyłączeniem sobót, niedziel oraz dni ustawowo wolnych od pracy**, ~~oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania~~

~~Świadczenia Funduszowi~~ informację o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia według stanu na dzień poprzedzający, z wyłączeniem świadczeń, dla których jest prowadzona lista oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 12, ~~oraz świadczeń, w przypadku których świadczeniodawca może nie wpisywać w harmonogramie przyjęć terminu udzielenia świadczenia, o których mowa w art. 19a ust. 5 świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, innych niż udzielane w warunkach ambulatoryjnych oraz świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej.~~

- 4a. W przypadku ograniczonych możliwości technicznych świadczeniodawcy, ~~dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczenia~~ **Prezes Funduszu** może wyrazić zgodę na przekazywanie informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia przez świadczeniodawcę raz w tygodniu.
5. Informację, o której mowa w ust. 4 i 4a, ~~oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczenia~~ **Fundusz** publikuje na swojej stronie internetowej, aktualizując ją w dniu przekazania przez danego świadczeniodawcę.
6. Świadczeniodawca, na umotywowany wniosek ~~dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu~~ **Prezesa Funduszu**, jest obowiązany dostarczyć niezwłocznie inne niż określone w ust. 9 informacje dotyczące realizacji obowiązków, o których mowa w ust. 1-5, 7 i 8.
7. W przypadku uzasadnionego podejrzenia niewykonywania lub niewłaściwego wykonywania przez świadczeniodawcę obowiązków, o których mowa w art. 20 i ~~art. 21~~, Prezes Funduszu przeprowadza kontrolę u tego świadczeniodawcy.
8. Prezes Funduszu tworzy centralny wykaz informacji o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej i średnim czasie oczekiwania w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu na podstawie informacji, o których mowa w ust. 2, 4 i 4a, ~~przekazywanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu.~~
9. Prezes Funduszu udziela świadczeniobiorcom informacji o danych zawartych w wykazie, o którym mowa w ust. 8, oraz informacji, o której mowa w ust. 4 i 4a, w szczególności przez bezpłatną linię telefoniczną.
10. Prezes Funduszu przekazuje na bieżąco informacje, o których mowa w ust. 4, 4a i 8, do systemu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.
11. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do świadczeniodawców, którzy prowadzą listy oczekujących na udzielenie świadczenia w aplikacji udostępnionej przez Prezesa Funduszu zgodnie z art. 190 ust. 1a.

6) W art. 32a (dotyczącym **szybciej ścieżki onkologicznej**), w ust. 16 dokonano zmiany wspomnianej w punkcie 4 powyżej:

16. ~~Oddział wojewódzki Funduszu~~ **Fundusz**, na wniosek odpowiednio świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, lub świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub świadczeń szpitalnych, lub programów zdrowotnych, przydziela zakresy liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Świadczeniodawcy przydzielają lekarzom udzielającym u nich świadczeń opieki zdrowotnej zakresy liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

7) W art. 32b (dotyczącym **karty diagnostyki i leczenia onkologicznego**), w ust. 4 dokonano zmian w zakresie punktu 1 oraz 3:

4. Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego zawiera:

- 1) oznaczenie świadczeniobiorcy pozwalające na ustalenie jego tożsamości:
 - a) nazwisko i imię (imiona),
 - ~~b) datę urodzenia,~~
 - ~~c) oznaczenie płci,~~
 - d) adres miejsca zamieszkania (ulica, numer domu i lokalu, kod pocztowy, miejscowość),
 - e) numer PESEL, jeżeli został nadany, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, a w przypadku noworodka - numer PESEL jednego z rodziców lub opiekuna prawnego oraz numer kolejny noworodka, ~~oraz datę urodzenia i oznaczenie płci,~~
 - f) w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody - nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, oraz adres jego miejsca zamieszkania,
 - g) podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
 - h) numer telefonu,
 - i) adres poczty elektronicznej;
- 3) nazwę i adres miejsca udzielania świadczeń ~~oraz imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, wskazanego przez świadczeniobiorcę w deklaracji wyboru, o której mowa w ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej;~~

8) W art. 50 (dotyczącym **obowiązku przedstawiania dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń**), dokonano następujących zmian:

a) po ust. 2 dodano ust. 2a i 2b, w brzmieniu:

2a. Świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności może potwierdzać tożsamość świadczeniobiorcy, na podstawie danych przekazanych przez tego świadczeniobiorcę za pośrednictwem tych systemów. W razie niepotwierdzenia prawa świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób określony w ust. 1 lub 3, świadczeniobiorca może złożyć oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej także za pośrednictwem systemów, o których mowa w zdaniu pierwszym. Przepisy ust. 7, 8 i 9 stosuje się odpowiednio.

2b. Potwierdzenie tożsamości świadczeniobiorcy oraz złożenie przez niego oświadczenia o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej może nastąpić przy wykorzystaniu elektronicznego konta pacjenta utworzonego w wyniku potwierdzenia jego tożsamości osobiście lub w sposób określony w art. 20a ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 17 lutego 2005r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne. Przepisy ust. 7, 8 i 9 stosuje się odpowiednio.

b) dokonano zmian w ust. 15:

15. Fundusz nie może odmówić świadczeniodawcy sfinansowania świadczenia opieki zdrowotnej z powodu braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby, która uzyskała to świadczenie, albo żądać od niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji zwrotu kosztów

świadczenia opieki zdrowotnej poniesionych przez Fundusz pomimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby, która uzyskała to świadczenie na podstawie recepty wystawionej przez osobę uprawnioną, jeżeli:

- 1) w dniu udzielenia tego świadczenia potwierdził, w sposób określony w ust. 3, prawo świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej albo świadczeniobiorca ten w tym dniu przedstawił dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub złożył oświadczenie, o którym mowa w ust. 2a albo 6,
 - 2) świadczeniobiorca w terminie przedstawił dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub złożył oświadczenie, o którym mowa w ust. 6, w przypadkach określonych w ust. 11
- ~~o ile jeżeli~~ świadczenie to zostało zrealizowane zgodnie z warunkami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej ze świadczeniodawcą albo niebędącą świadczeniodawcą osobą uprawnioną w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy ~~o refundacji~~ zgodnie z zasadami wystawiania recept refundowanych, w przypadku gdy świadczenie zostało zrealizowane na podstawie takiej recepty.

c) dokonano zmian w ust. 16:

16. W przypadku gdy świadczenie opieki zdrowotnej zostało udzielone pomimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w wyniku:

- 1) posługiwania się kartą ubezpieczenia zdrowotnego albo innym dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przez osobę, która utraciła to prawo w okresie ważności karty albo innego dokumentu, albo
- 1a) potwierdzenia prawa do świadczeń w sposób określony w ust. 3 osób, o których mowa w art. 52 ust. 1, albo
- 2) złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 2a albo 6
- osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, jest obowiązana do uiszczenia kosztów tego świadczenia, z wyłączeniem osoby, której udzielono świadczenia, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1.

d) dokonano zmian w ust. 17 i 18:

17. Obowiązku, o którym mowa w ust. 16, nie stosuje się do osoby, która w chwili przedstawienia innego dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenia ~~pisemnego~~ oświadczenia o przysługującym jej prawie do świadczeń opieki zdrowotnej działała w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu, że posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

18. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w przypadkach określonych w ust. 16, które Fundusz poniósł zgodnie z ust. 15, podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. ~~Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu~~ Prezes Funduszu wydaje decyzję administracyjną ustalającą obowiązek poniesienia kosztów i ich wysokość oraz termin płatności. Do postępowania w sprawach o ustalenie poniesienia kosztów stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego. ~~Od decyzji Prezesa Funduszu przysługuje skarga do sądu administracyjnego.~~

e) dokonano zmian w ust. 22:

22. ~~Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu~~ Prezes Funduszu może umorzyć w całości albo w części spłatę należności ustalonej w decyzji, o której mowa w ust. 18, lub odroczyć spłatę tej należności, lub rozłożyć ją na raty, stosując odpowiednio zasady określone w art. 56-58 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.

f) po ust. 22 dodano ust. 23, w brzmieniu:

23. Prezes Funduszu nie wszczyna postępowania, jeżeli wysokość kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w przypadkach określonych w ust. 16, które Fundusz poniósł

zgodnie z ust. 15, w okresie 12 następujących po sobie miesięcy, na rzecz tej samej osoby nie przekracza kwoty 500 zł.

9) W art. 132 (dotyczącym umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej), dokonano następujących zmian:

a) w ust. 1:

1. Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem, z zastrzeżeniem art. 19 ust. 4 i art. 132c.

b) po ust. 2a dodano ust. 2b, w brzmieniu **(przepis ten wchodzi w życie w dniu 31 października 2020 r.):**

2b. W przypadku gdy świadczeniodawca nabywa leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przysługujące świadczeniobiorcom, poza wspólnym postępowaniem, o którym mowa w ust. 2a, Fundusz finansuje te leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne po cenie nie wyższej niż wynikająca z umowy zawartej w wyniku przeprowadzenia wspólnego postępowania.

c) dodany został ust. 6, w brzmieniu:

6. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcom w okresie obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ponad kwotę zobowiązania, o której mowa w art. 136 ust. 1 pkt 5, **nie stanowią zobowiązania Funduszu wynikającego z tej umowy.**

10) Po art. 132b, dodano art. 132c (dotyczący wypłaty wynagrodzenia za świadczenia udzielone ponad wartość zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, wynikającego z umowy), w brzmieniu:

art. 132c

1. Fundusz **może** wypłacić wynagrodzenie za świadczenia udzielone świadczeniobiorcom w okresie obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ponad kwotę zobowiązania, o której mowa w art. 136 ust. 1 pkt 5, **na wniosek świadczeniodawcy, w ramach środków posiadanych w planie finansowym.**

2. **Wniosek składa się do Prezesa Funduszu, w terminie 6 miesięcy od dnia ich udzielenia, nie wcześniej jednak niż po rozliczeniu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z tego samego zakresu za okres rozliczeniowy, w którym udzielono świadczeń objętych wnioskiem.**

3. Wniosek **zawiera informacje o** liczbie, zakresie i rodzaju świadczeń udzielonych ponad kwotę zobowiązania, o której mowa w art. 136 ust. 1 pkt 5, wynikającą z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

4. Prezes Funduszu rozpatruje wniosek, **biorąc pod uwagę:**

1) konieczność równego traktowania świadczeniodawców;

2) możliwości finansowe Funduszu;

3) liczbę świadczeń wykonanych ponad kwotę zobowiązania, o której mowa w art. 136 ust. 1 pkt 5, udzielonych przez świadczeniodawców, z którymi zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, za okres rozliczeniowy, w którym udzielono świadczeń objętych wnioskiem;

- 4) dostępność świadczeń opieki zdrowotnej z danego zakresu lub rodzaju na obszarze działania oddziału wojewódzkiego Funduszu.
5. Prezes Funduszu rozpatruje wniosek w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania. W szczególnie uzasadnionych przypadkach termin rozpatrzenia wniosku może zostać przedłużony o kolejne 30 dni, o czym należy poinformować świadczeniodawcę.
6. Funduszowi przysługuje prawo kontroli świadczeń objętych wnioskiem w zakresie, o którym mowa w art. 61a. Przepisy działu IIIA stosuje się odpowiednio.
- 7. Uwzględniając wniosek w całości lub w części Prezes Funduszu zawiera ze świadczeniodawcą umowę o sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, których wniosek dotyczy. Umowa może dotyczyć części świadczeń objętych wnioskiem, przy czym w pierwszej kolejności rozliczeniu podlegają świadczenia udzielone w stanie nagłym.**
8. Kwota wynagrodzenia wynikająca z umowy zawartej na podstawie ust. 7 jest ustalana zgodnie z kryteriami, o których mowa w ust. 4, z zastrzeżeniem, że **ceny świadczeń opieki zdrowotnej objętych tą umową nie mogą być wyższe od odpowiednich cen określonych w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z tego samego zakresu.** Do sposobu ustalenia kwoty wynagrodzenia przepisy dotyczące szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określone przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 stosuje się odpowiednio.
- 9. Wynagrodzenie jest wypłacane świadczeniodawcy po zawarciu umowy, o której mowa w ust. 7, w terminie 14 dni od dnia doręczenia rachunku do oddziału wojewódzkiego Funduszu.**
10. Prezes Funduszu określa szczegółowe warunki umów, o których mowa w ust. 7.

11) W art. 154 (dotyczącym **odwołania od rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umowy**), dokonano następujących zmian (przepis przytoczony został w całości):

art. 154

1. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do ~~dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu~~ **Prezesa Funduszu**, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
2. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie ~~7~~ **14** dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.
3. Po rozpatrzeniu odwołania ~~dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu~~ **Prezes Funduszu** wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Decyzja jest zamieszczana w terminie 2 dni od dnia jej wydania, na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej ~~właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu~~ **Funduszu**.
4. ~~Umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej podpisuje się w przypadku postaci:~~
 - 1) ~~papierowej – podpisem własnoręcznym;~~
 - 2) ~~elektronicznej – kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym albo podpisem osobistym.~~**Decyzja Prezesa Funduszu jest ostateczna. Świadczeniodawcy przysługuje od niej skarga do sądu administracyjnego.**
5. ~~Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, o którym mowa w ust. 4, składa się do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 7 dni od dnia doręczenia decyzji, o której mowa w ust. 3.~~
6. ~~Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu rozpatruje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, o którym mowa w ust. 4, w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania i wydaje decyzję~~

~~administracyjną w sprawie. Decyzja dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu wydana na skutek ponownego rozpatrzenia sprawy podlega natychmiastowemu wykonaniu.~~

- 6a. Stronami postępowania, o którym mowa w ust. 1-6 4, są świadczeniodawca, który złożył odwołanie, o którym mowa w ust. 1, **lub wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, o którym mowa w ust. 4**, oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
7. W przypadku uwzględnienia odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadza się postępowanie w trybie rokowań ze świadczeniodawcą, który złożył wskazane odwołanie, chyba że z opisu przedmiotu zamówienia wynika, że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera się z jednym świadczeniodawcą na danym obszarze. W takim przypadku ~~dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu~~ **Prezes Funduszu** ponownie przeprowadza postępowanie w sprawie zawarcia umowy.
8. ~~Od decyzji, o której mowa w ust. 6, świadczeniodawcy przysługuje skarga do sądu administracyjnego.~~

12) W art. 160 (dotyczącym **zażalenia na czynności dyrektora wojewódzkiego oddziału Funduszu w przedmiocie realizacji umowy**) oraz w art. 161 (dotyczącym **rozpatrywania zażalenia**), dokonano następujących zmian:

art. 160

Świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki ~~zdrowotnej~~, przysługuje zażalenie na czynności **Prezesa Funduszu lub** dyrektora wojewódzkiego oddziału Funduszu dotyczące realizacji umowy.

art. 161

1. Zażalenie, o którym mowa w art. 160, rozpatruje, w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania, Prezes Funduszu.
2. Zażalenie, o którym mowa w ust. 1, składa się wraz z uzasadnieniem za pośrednictwem właściwego miejscowo **dyrektora** oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 14 dni od dnia dokonania czynności ~~przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu~~.
- 2a. ~~Prezes Funduszu, uwzględniając zażalenie w części lub w całości, nakłada na dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu obowiązek usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości, w szczególności poprzez uchylenie czynności, której dotyczy zażalenie, i zawiadamia świadczeniodawcę w terminie 7 dni o uwzględnieniu zażalenia.~~
3. **Prezes Funduszu, uwzględniając zażalenie w części lub w całości, usuwa stwierdzone nieprawidłowości, w szczególności przez uchylenie czynności, której dotyczy zażalenie, i zawiadamia świadczeniodawcę o uwzględnieniu zażalenia w terminie 7 dni od dnia tego uwzględnienia.**

Pełny tekst nowelizacji, dostępny jest pod adresem:

<https://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2020/1493> .

Pełny tekst ustawy o świadczeniach (w wersji ujednoliconej, która nie uwzględnia jednak zmian wprowadzonych analizowaną nowelizacją), dostępny jest pod adresem:

<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20042102135> .

Pełny tekst uzasadnienia do projektu analizowanej nowelizacji (który w toku prac legislacyjnych uległ jednak pewnym), dostępny jest pod adresem:

<http://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/7F9C39A65A590849C12585A5006204C0/%24File/483-uzas.docx> .

Zmiana ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi

Z dniem **1 września 2020 r.** weszła w życie (w przeważającej mierze) ustawa z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493) – zwana dalej **nowelizacją**.

Powyższa ustawa wprowadziła zmiany w wielu aktach prawnych, w tym w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r. poz. 1239 ze zm.).

W ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń dokonano następujących zmian:

- 1) **Zmieniono brzmienie art. 47 (dotyczącego skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii) w ust. 3 pkt 4, a także dodano ust. 3b oraz ust. 5a i 5b:**

art. 47

3. Skierowaniu do pracy niosącej ryzyko zakażenia przy zwalczaniu epidemii nie podlegają:

- 4) *inwalidzi i osoby z orzeczonymi chorobami przewlekłymi, na których przebieg ma wpływ zakażenie lub zachorowanie na chorobę zakaźną będącą przyczyną epidemii lub orzeczona choroba przewlekła ma wpływ na przebieg lub zachorowanie na chorobę zakaźną;*

3b. Orzeczenie w sprawie choroby, o której mowa w ust. 3 pkt 4, wydaje lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny, której dotyczy choroba przewlekła, lub lekarz specjalista w dziedzinie chorób zakaźnych.

5a. W ramach postępowania w sprawie rozpatrzenia odwołania, o którym mowa w ust. 5 [mowa o odwołaniu od decyzji wojewody o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii – przyp. red. Serwisu], albo wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy:

- 1) *wojewoda może wystąpić do konsultanta wojewódzkiego,*
- 2) *minister właściwy do spraw zdrowia może wystąpić do konsultanta krajowego – z dziedziny medycyny, której dotyczy choroba przewlekła, lub z dziedziny chorób zakaźnych, celem uzyskania orzeczenia w sprawie choroby, o której mowa w ust. 3 pkt 4.*

5b. Orzeczenie właściwego konsultanta wojewódzkiego albo właściwego konsultanta krajowego z dziedziny medycyny, której dotyczy choroba przewlekła, lub z dziedziny chorób zakaźnych, o którym mowa w ust. 5a, jest wydawane w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku.

Pełny tekst nowelizacji, dostępny jest pod adresem:

<https://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2020/1493> .

Pełny tekst ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (w wersji ujednoliconej, która nie uwzględnia jednak zmian wprowadzonych analizowaną nowelizacją), dostępny jest pod adresem:

<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20082341570> .

Pełny tekst uzasadnienia do projektu analizowanej nowelizacji (który w toku prac legislacyjnych uległ jednak pewnym), dostępny jest pod adresem:

<http://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/7F9C39A65A590849C12585A5006204C0/%24File/483-uzas.docx> .

Zmiana ustawy o działalności leczniczej

Z dniem **1 września 2020 r.** weszła w życie (w przeważającej mierze) ustawa z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493) – zwana dalej **nowelizacją**.

Powyzsza ustawa wprowadziła zmiany w wielu aktach prawnych, w tym w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2020 r. poz. 295 ze zm.).

W ustawie o działalności leczniczej dokonano następujących zmian:

- 1) Zmieniono brzmienie art. 46 (dotyczącego **kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą**), poprzez dodanie ust. 3a w brzmieniu:

*3a. W przypadku **odwołania kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą albo w innym przypadku nieobsadzenia stanowiska kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, podmiot tworzący wyznacza do pełnienia obowiązków kierownika jednego z jego zastępców albo innego pracownika spełniającego warunki określone w ust. 2 albo zatrudnia w tym celu inną osobę spełniającą warunki określone w ust. 2 na okres nie dłuższy niż 6 miesięcy** liczony od dnia odwołania kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą albo od dnia nieobsadzenia tego stanowiska. Przepis art. 49 ust. 6a stosuje się odpowiednio.*

- 2) W art. 49 po ust. 6 (dotyczącym **postępowania konkursowego na niektóre stanowiska w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą**) dodano ust. 6a w brzmieniu:

6a. W przypadku ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, okres, o którym mowa w ust. 6 [okres trwania stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej – przyp. red. Serwisu], zostaje przedłużony o czas trwania danego stanu oraz o kolejne 90 dni od dnia jego odwołania.

- 3) Zmieniono brzmienie art. 53a ust. 1 (dotyczącego **raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej SPZOZ-u**):

1. ~~*W terminie do dnia 31 maja każdego roku kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej sporządza i przekazuje podmiotowi tworzącemu raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.*~~
Kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej każdego roku sporządza i udostępnia w Biuletynie Informacji Publicznej raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w terminie 2 miesięcy od dnia upływu terminu do sporządzenia rocznego sprawozdania finansowego.

W odniesieniu do powyższego przepisu dodatkowo wskazać należy, że zgodnie z art. 47 pkt 3 nowelizacji, wszedł on w życie z mocą od dnia 31 maja 2020 r.

Pełny tekst nowelizacji, dostępny jest pod adresem:

<https://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2020/1493> .

Pełny tekst ustawy o działalności leczniczej (w wersji ujednoliconej, która nie uwzględnia jednak zmian wprowadzonych analizowaną nowelizacją), dostępny jest pod adresem:

<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20111120654> .

Pełny tekst uzasadnienia do projektu analizowanej nowelizacji (który w toku prac legislacyjnych uległ jednak pewnym), dostępny jest pod adresem:

<http://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/7F9C39A65A590849C12585A5006204C0/%24File/483-uzas.docx> .

Zmiana ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia

Z dniem **1 września 2020 r.** weszła w życie (w przeważającej mierze) ustawa z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493) – zwana dalej **nowelizacją**.

Powyższa ustawa wprowadziła zmiany w wielu aktach prawnych, w tym w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (tekst jedn. Dz. U. z 2020 r. poz. 702 ze zm.).

W ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia dokonano m.in. następujących zmian:

1) Po art. 13a, dodano art. 13b (wprowadzający możliwość dokonania zmiany postaci dokumentacji medycznej prowadzonej i przechowywanej w postaci papierowej na postać elektroniczną) w brzmieniu:

art. 13b

- 1. Usługodawca** [przez którego należy rozumieć świadczeniodawcę, o którym mowa w art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (a więc: 1) podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, 2) osobę fizyczną inną niż wskazana w punkcie 1, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej, 3) podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne), oraz aptekę – przyp. red. Serwisu] **może dokonać zmiany postaci dokumentacji medycznej prowadzonej i przechowywanej w postaci papierowej na postać elektroniczną, zwanej dalej "digitalizacją dokumentacji medycznej", z wyłączeniem dokumentacji medycznej będącej materiałem archiwalnym w rozumieniu art. 1 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2020 r. poz. 164).**
- 2. Digitalizacja dokumentacji medycznej następuje przez sporządzenie jej odwzorowania cyfrowego i opatrzenie go kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę upoważnioną przez usługodawcę do potwierdzenia zgodności odwzorowania cyfrowego z dokumentem w postaci papierowej.**
- 3. Dokument powstały w wyniku digitalizacji dokumentacji medycznej jest równoważny oryginałowi tego dokumentu.**
- 4. Usługodawca informuje usługobiorcę, którego dokumentacja została zdigitalizowana, o:**
 - 1) digitalizacji dokumentacji medycznej;**
 - 2) możliwości odbioru dokumentacji medycznej w postaci papierowej we wskazanym terminie, nie krótszym niż 1 rok od dnia przekazania informacji, o której mowa w pkt 1.**
- 5. Prawo odbioru dokumentacji medycznej w postaci papierowej przysługuje usługobiorcy, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez usługobiorcę, a po śmierci usługobiorcy także osobie bliskiej na zasadach określonych w art. 26 ust. 2-2b ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.**
- 6. W przypadku nieodebrania dokumentacji medycznej w postaci papierowej, mimo wypełnienia obowiązku informacyjnego, o którym mowa w ust. 4, usługodawca może ją zniszczyć w sposób uniemożliwiający identyfikację usługobiorcy.**

7. *Przepisy ust. 1-6 stosuje się odpowiednio do deklaracji wyboru, o których mowa w art. 9 i art. 10 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, oraz dokumentów niezbędnych do rozliczenia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w przepisach wykonawczych wydanych na jej podstawie.*

Wobec możliwości digitalizacji dokumentacji medycznej w postaci papierowej, redakcja Serwisu zwraca uwagę, że pisemna zgoda pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego, nie jest elementem dokumentacji medycznej. Dokument ten jest jedynie zamieszczany w dokumentacji medycznej pacjenta, wobec czego może on oczywiście zostać poddany digitalizacji, ale nie powinien być wydawany ani niszczone przez ustawowy okres przechowywania dokumentacji medycznej. Przechowywanie pisemnej zgody na świadczenie zdrowotne jest niezwykle istotne z punktu widzenia możliwości weryfikacji autentyczności tego dokumentu w razie jej kwestionowania przez pacjenta lub inną uprawnioną osobę (co ma szczególne znaczenie w procesach sądowych).

2) W art. 56, zmianie uległ ust. 4 (dotyczący terminu wejścia w życie obowiązku zapewnienia przez usługodawców możliwości dokonywania wymiany danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej – Dz. U. z 2018 r. poz. 941 ze zm., za pośrednictwem Systemu Informacji Medycznej) w brzmieniu:

4. *Dane zawarte w elektronicznej dokumentacji medycznej określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 13a, za pośrednictwem SIM, udostępnia się od dnia 8 stycznia 2021 r. Usługodawcy są obowiązani zapewnić możliwość dokonywania wymiany danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 13a, za pośrednictwem SIM, od dnia 1 lipca 2021 r.*

Pełny tekst nowelizacji, dostępny jest pod adresem:

<https://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2020/1493> .

Pełny tekst ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (w wersji ujednoliconej, która nie uwzględnia jednak zmian wprowadzonych analizowaną nowelizacją), dostępny jest pod adresem:

<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20111130657> .

Pełny tekst rozporządzenia w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (w wersji pierwotnej, która była następnie nowelizowana), dostępny jest pod adresem:

<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180000941> .

Pełny tekst uzasadnienia do projektu analizowanej nowelizacji (który w toku prac legislacyjnych uległ jednak pewnym), dostępny jest pod adresem:

<http://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/7F9C39A65A590849C12585A5006204C0/%24File/483-uzas.docx> .

Zmiana ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej

Z dniem **1 września 2020 r.** weszła w życie (w przeważającej mierze) ustawa z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493) – zwana dalej **nowelizacją**.

Powyższa ustawa wprowadziła zmiany w wielu aktach prawnych, w tym w ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (tekst jedn. Dz. U. z 2020 r. poz. 172 ze zm.).

W ustawie o podstawowej opiece zdrowotnej dokonano następujących zmian:

- 1) Po art. 10, dodano **art. 10a** (wprowadzający **możliwość złożenia przez świadczeniodawcę wniosku do Prezesa NFZ, ze wskazaniem innego świadczeniodawcy, który zabezpieczy udzielanie świadczeń świadczeniobiorcom (którzy w deklaracji wybrali wnioskodawcę), na wypadek wygaśnięcia lub rozwiązania z nim umowy**) w brzmieniu:
- art. 10a**

1. *Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej **może złożyć do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wniosek, w którym wskaże świadczeniodawcę, który zabezpieczy udzielanie tych świadczeń świadczeniobiorcom, którzy potwierdzili w deklaracji wybór wnioskującego świadczeniodawcy, w przypadku gdy jego umowa wygaśnie lub ulegnie rozwiązaniu.***
2. *W przypadku rozwiązania lub wygaśnięcia umowy o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej **Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, kierując się koniecznością zapewnienia dostępu do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej na danym obszarze, wskazuje świadczeniodawcę lub świadczeniodawców, którzy zabezpieczą udzielanie tych świadczeń świadczeniobiorcom, którzy potwierdzili w deklaracji wybór świadczeniodawcy, którego umowa wygasła lub uległa rozwiązaniu, uwzględniając świadczeniodawcę wskazanego we wniosku, o którym mowa w ust. 1.***
3. *Deklaracje wyboru złożone do dotychczasowego świadczeniodawcy stanowią podstawę do rozliczania świadczeń przez świadczeniodawcę wskazanego przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sposób, o którym mowa w ust. 2.*
4. *Narodowy Fundusz Zdrowia oraz świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 2, są obowiązani do poinformowania świadczeniobiorców o możliwości zmiany wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.*

- 2) Zmianie uległ art. 38 pkt 3, który odnosi się m.in. do obowiązku wyznaczenia przez świadczeniodawcę osoby, do której zadań należy organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym udzielanie informacji o tym procesie oraz zapewnienie współpracy między osobami udzielającymi świadczeń zdrowotnych. Obowiązek wyznaczenia tej osoby dotychczas wyznaczony był do 1 października 2020 r. **Zmiana polega na wydłużeniu tego terminu do 1 października 2021 r.**

Pełny tekst nowelizacji, dostępny jest pod adresem:

<https://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2020/1493> .

Pełny tekst ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej (w wersji ujednocionej, która nie uwzględnia jednak zmian wprowadzonych analizowaną nowelizacją), dostępny jest pod adresem:

<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170002217> .

Pełny tekst uzasadnienia do projektu analizowanej nowelizacji (który w toku prac legislacyjnych uległ jednak pewnym), dostępny jest pod adresem:

<http://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/7F9C39A65A590849C12585A5006204C0/%24File/483-uzas.docx> .

Zmiana ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych

Z dniem **1 września 2020 r.** weszła w życie (w przeważającej mierze) ustawa z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493) – zwana dalej **nowelizacją**.

Powyższa ustawa wprowadziła zmiany w wielu aktach prawnych, w tym 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 ze zm.).

W ustawie o szczególnych rozwiązaniach dokonano m.in. zmiany art. 7 ust. 9 (dotyczącego okresu przechowywania kart teleporady), poprzez nadanie mu następującego brzmienia:

9. Karty teleporady są przechowywane przez okres 30 dni od dnia ~~udzielenia teleporady~~ odwołania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii.

W odniesieniu do powyższego przepisu wskazać jednocześnie należy, że zgodnie z art. 34 nowelizacji: **Przepis art. 7 ust. 9 ustawy zmienianej w art. 20, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się do kart teleporady, których okres przechowywania nie upłynął do dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.**

Pełny tekst nowelizacji, dostępny jest pod adresem:

<https://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2020/1493> .

Pełny tekst ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (w wersji ujednoliconej, która nie uwzględnia jednak zmian wprowadzonych analizowaną nowelizacją), dostępny jest pod adresem:

<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200000374> .

Pełny tekst uzasadnienia do projektu analizowanej nowelizacji (który w toku prac legislacyjnych uległ jednak pewnym), dostępny jest pod adresem:

<http://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/7F9C39A65A590849C12585A5006204C0/%24File/483-uzas.docx> .

**Pozostałe zmiany wynikające z ustawy o zmianie niektórych ustaw w celu
zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19
oraz po jej ustaniu**

Z dniem **1 września 2020 r.** weszła w życie (w przeważającej mierze) ustawa z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493) – zwana dalej **nowelizacją**.

Powyższa ustawa wprowadziła zmiany w wielu aktach prawnych. Ponadto, w ramach przepisów, które nie nowelizują żadnego z obowiązujących aktów prawnych, znalazły się następujące regulacje:

1) W art. 26 nowelizacji przewidziano **możliwość zawarcia przez Prezesa NFZ odrębnej umowy z podmiotem zapewniającym udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności na terytorium całego kraju:**

1. *Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia może zawrzeć, na okres nie dłuższy niż do dnia 31 grudnia 2021 r., umowę z podmiotem zapewniającym udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Umowa jest finansowana ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach kosztów, o których mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. e ustawy zmienianej w art. 4.*
2. *Umowa, o której mowa w ust. 1, obejmuje udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w postaci porad lekarskich, porad pielęgniarki lub położnej, udzielanych na odległość na całym terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.*
3. *Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia określi i opublikuje na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia szczegółowe warunki umowy, o której mowa w ust. 1, w tym warunki techniczne i organizacyjne dotyczące usług świadczonych w ramach umowy, mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych świadczeniobiorców. Przepis art. 189 ust. 2 ustawy zmienianej w art. 4 stosuje się odpowiednio.*
4. *Lekarz, pielęgniarka i położna udzielający świadczeń na podstawie umowy, o której mowa w ust. 1, jest odpowiednio lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, pielęgniarką ubezpieczenia zdrowotnego i położną ubezpieczenia zdrowotnego w rozumieniu ustawy zmienianej w art. 4.*
5. *Do kontroli umowy, o której mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy działu IIIA ustawy zmienianej w art. 4.*
6. *Do umowy, o której mowa w ust. 1, stosuje się przepisy o zamówieniach publicznych.*

2) W art. 31 nowelizacji przewidziano **możliwość pobierania materiału z górnych dróg oddechowych w celu wykonania testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 przez osoby, które posiadają przewidziane w tym przepisie kwalifikacje:**

W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii w związku z COVID-19, osoba, która:

- 1) *rozpoczęła przed dniem 1 września 2012 r. i ukończyła zasadniczą szkołę zawodową publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej oraz uzyskała*

dypłom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny lub

- 2) **rozpoczęła po dniu 31 sierpnia 2012 r. i ukończyła kwalifikacyjny kurs zawodowy oraz uzyskała świadectwo potwierdzające kwalifikację w zawodzie w zakresie kwalifikacji wyodrębnionej w zawodzie opiekun medyczny, dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny, certyfikat kwalifikacji zawodowej w zakresie kwalifikacji wyodrębnionej w zawodzie opiekun medyczny lub dyplom zawodowy w zawodzie opiekun medyczny, lub**
 - 3) **ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną oraz uzyskała dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny lub dyplom zawodowy w zawodzie opiekun medyczny**
- po odbyciu przeszkolenia u pracodawcy, potwierdzonego zaświadczeniem, może pobierać materiał z górnych dróg oddechowych w celu wykonania testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2.**

- 3) W art. 33 zawarta została **regulacja dotycząca uzyskania tytułu lekarza specjalisty w sytuacji, gdy lekarz zgłosił się do jednego z egzaminów, którego część miała się odbyć w 2020 r. i nie odbyła się w wyznaczonym terminie ze względu na zagrożenie wirusem SARS-CoV-2 oraz ryzyko zachorowania na COVID-19:**

1. Lekarz, który zgłosił się do jednego z egzaminów wymienionych w przepisach wydanych na podstawie art. 16ra ust. 2 ustawy zmienianej w art. 1, którego część miała się odbyć w 2020 r. i nie odbyła się w wyznaczonym terminie ze względu na zagrożenie wirusem SARS-CoV-2 oraz ryzykiem zachorowania na COVID-19, uzyskuje tytuł lekarza specjalisty w danej dziedzinie medycyny pod warunkiem, że:

- 1) **uzyskał potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16r ust. 6 pkt 1 ustawy zmienianej w art. 1, lub ma uznany dotychczasowy dorobek naukowy i zawodowy na podstawie art. 16 ust. 7 albo ust. 9 tej ustawy w terminie nie później niż do dnia 31 października 2020 r.;**
 - 2) **złożył z wynikiem pozytywnym przynajmniej jedną z części egzaminu organizowanego przez europejskie towarzystwa naukowe w tej dziedzinie medycyny;**
 - 3) **zgłosił się i został zakwalifikowany do części egzaminu organizowanego przez europejskie towarzystwa naukowe, która nie odbyła się w wyznaczonym terminie ze względu na zagrożenie wirusem SARS-CoV-2 oraz ryzykiem zachorowania na COVID-19;**
 - 4) **część egzaminu, o której mowa w pkt 3, nie odbyła się w terminie, o którym mowa w pkt 1.**
2. **Dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych wydaje dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty lekarzowi, o którym mowa w ust. 1, na podstawie zaświadczenia wydanego przez odpowiednie europejskie towarzystwo naukowe organizujące egzamin, o którym mowa w ust. 1, oraz certyfikatu odpowiedniego polskiego towarzystwa naukowego potwierdzającego spełnienie warunków, o których mowa w ust. 1 pkt 2-4.**
3. **W przypadku gdy Państwowy Egzamin Specjalizacyjny odbył się przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, a w okresie ogłoszenia stanu epidemii, termin 70 dni, o którym mowa w art. 16t ust. 4b ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, liczy się od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.**

Pełny tekst nowelizacji, dostępny jest pod adresem:

<https://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2020/1493> .

Pełny tekst uzasadnienia do projektu analizowanej nowelizacji (który w toku prac legislacyjnych uległ jednak pewnym), dostępny jest pod adresem:

<http://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/7F9C39A65A590849C12585A5006204C0/%24File/483-uzas.docx> .

Zmiana rozporządzenia w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego

Z dniem **2 września 2020 r.** weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Dz. U. poz. 1506) – zwane dalej **nowelizacją**.

Nowelizacja wprowadziła zmiany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. (Dz. U. poz. 607 ze zm.). **Polegają one na tym, że:**

1) po § 3 dodane zostały § 3a i 3b:

§ 3a.

1. Osoby skierowane do izolacji w warunkach domowych z rozpoznaniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub zachorowania chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19) nie później niż w siódmej dobie odbywania izolacji w warunkach domowych otrzymują na numer telefonu wskazany w systemie teleinformatycznym udostępnionym przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 46a i art. 46b pkt 1–6 i 8–12 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, wiadomość tekstową o konieczności skontaktowania się z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, w celu uzyskania informacji o czasie trwania izolacji domowej.

2. Zakończenie izolacji następuje:

1) po 3 dniach bez gorączki oraz bez objawów infekcji ze strony układu oddechowego, ale nie wcześniej niż po 13 dniach od dnia wystąpienia objawów – w przypadku pacjenta z objawami klinicznymi:

a) w izolacji szpitalnej albo w izolatorium, chyba że lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem przedłuży okres tej izolacji,

b) w izolacji w warunkach domowych, chyba że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który udzielił teleporady lub porady w warunkach domowych nie wcześniej niż w ósmej dobie odbywania tej izolacji, przedłuży okres jej trwania;

2) po 10 dniach od daty uzyskania pierwszego dodatniego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 – w przypadku pacjenta bez objawów klinicznych, chyba że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który udzielił teleporady lub porady w warunkach domowych nie wcześniej niż w ósmej dobie odbywania tej izolacji, przedłuży okres jej trwania.

3. W szczególnych sytuacjach, w tym w przypadku osób wykonujących zawód medyczny lub sprawujących opiekę nad osobami przebywającymi w domach pomocy społecznej, lub przypadkach uzasadnionych klinicznie, zakończenie izolacji, o której mowa w ust. 2, pacjenta, w przypadku którego uzyskano dodatni wynik testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2, następuje po uzyskaniu dwukrotnie ujemnego wyniku tego testu z próbek pobranych w odstępach co najmniej 24-godzinnych, niezależnie od liczby dni, które upłynęły od ostatniego dodatniego wyniku diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 i od rodzaju objawów klinicznych.

4. **W przypadku pacjentów immunoniekompetyentnych, okres izolacji może zostać przedłużony do 20 dni. Decyzję w tej sprawie podejmuje lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem w szpitalu albo izolatorium albo lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.**
5. **W przypadku osób, o których mowa w ust. 2, warunkiem zakończenia izolacji szpitalnej albo w izolatorium nie stanowi wykonanie testu molekularnego RT-PCR.**

§ 3b.

Osoby upoważnione przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do wystawiania recept lub skierowań na podstawie art. 41a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2020r. poz.514, 567, 1291 i1493) mogą w imieniu tego lekarza dokonywać czynności związanych ze zwolnieniem z izolacji domowej.

2) Zmianie uległo brzmienie § 5 ust. 3. Dotychczas, stanowił on, że:

3. ~~Okres obowiązkowej kwarantanny w przypadku choroby wywołanej wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19) ulega zakończeniu po:
 - 1) 24 godzinach od wprowadzenia przez medyczne laboratorium diagnostyczne wykonujące diagnostykę zakażenia wirusem SARS-CoV-2 do systemu teleinformatycznego udostępnionego przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia ujemnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 finansowanego ze środków publicznych, uzyskanego z materiału klinicznego pobranego od osoby poddanej kwarantannie nie wcześniej niż 7. dnia, licząc od dnia następującego po ostatnim dniu odpowiednio narażenia lub styczności, albo
 - 2) 14 dniami, licząc od dnia następującego po ostatnim dniu odpowiednio narażenia albo styczności, w przypadkach gdy badanie, o którym mowa w pkt 1, nie zostało wykonane.~~

Po nowelizacji przepis stanowi, że:

3. **Okres obowiązkowej kwarantanny z powodu narażenia na zakażenie SARS-CoV-2 u osób, u których nie wystąpiły objawy choroby COVID-19, albo styczności ze źródłem zakażenia, ulega zakończeniu po 10 dniach licząc od dnia następującego po ostatnim dniu odpowiednio narażenia albo styczności. Państwowy powiatowy inspektor sanitarny, w uzasadnionych przypadkach, decyduje o skróceniu albo zwolnieniu z obowiązku odbycia obowiązkowej kwarantanny.**

Ponadto, w § 2 nowelizacji zawarta została regulacja dotycząca osób, które objęte zostały izolacją lub kwarantanną przed wejściem w życie nowelizacji. Przepis stanowi, że:

1. **Okres izolacji w warunkach domowych, która najpóźniej w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia trwała co najmniej 13 dni, trwa nie dłużej niż do dnia następującego po dniu wejścia w życie tego rozporządzenia.**
2. **Okres obowiązkowej kwarantanny odbywanej na podstawie § 5 ust. 3 rozporządzenia zmienianego w § 1, w przypadku osoby, która uzyskała ujemny wynik testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 wykonanego przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, albo osoby, której obowiązkowa kwarantanna trwała co najmniej 10 dni, trwa nie dłużej niż do dnia następującego po dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.**

Pełny tekst nowelizacji, dostępny jest pod adresem:

<https://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2020/1506> .

Pełny tekst znowelizowanego rozporządzenia (który nie uwzględnia jednak zarówno analizowanej jak i dotychczasowych zmian), dostępny jest pod adresem:

<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU2020000607> .

Zmiana rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach

Z dniem **2 września 2020 r.** weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach (Dz. U. poz. 1507) – zwane dalej **nowelizacją**.

Nowelizacją dokonano **zmiany części IV załącznika do rozporządzenia (standardu opieki medycznej)**.

Treść nowego standardu jest następująca:

IV. 1. Standard opieki medycznej:

- 1) wizyta pielęgniarska - nie rzadziej niż dwa razy na dobę, w godzinach przedpołudniowych i popołudniowych; w ramach wizyty jest dokonywana ocena stanu ogólnego i pomiar temperatury ciała osoby izolowanej oraz w razie potrzeby, w porozumieniu z lekarzem, zlecenie lub zmiana zleconych przez lekarza leków; leki zlecone w okresie pobytu w izolatorium zapewnia podmiot leczniczy, o którym mowa w części I ust. 2;*
- 2) porada lekarska - w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia lub potrzeby podjęcia decyzji o wypisaniu izolowanego pacjenta z izolatorium; dopuszcza się wykonanie porady za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności;*
- 3) pobranie materiału biologicznego w celu przeprowadzenia testów na obecność wirusa SARS-CoV-2 w przypadkach uzasadnionych klinicznie;*
- 4) zapewnienie transportu lub transportu sanitarnego w przypadku konieczności przewiezienia osoby izolowanej do szpitala z powodu pogorszenia jej stanu zdrowia.*
- 2. Personel medyczny podmiotu leczniczego zapewniającego opiekę w izolatorium zwraca się o udostępnienie informacji o wyniku testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 osoby izolowanej do podmiotu, w którym test był wykonany lub który zlecił jego wykonanie.*
- 3. Osoba izolowana może zostać wypisana, z zastrzeżeniem części II pkt 1, z izolatorium:*
 - 1) po 3 dniach bez gorączki oraz bez objawów infekcji ze strony układu oddechowego, ale nie wcześniej niż 13 dni od dnia wystąpienia objawów - w przypadku osoby z objawami klinicznymi;*
 - 2) po 10 dniach od daty uzyskania dodatniego wyniku testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 – w przypadku osoby bez objawów klinicznych.*
- 4. W szczególnych sytuacjach, w tym w przypadku osób wykonujących zawód medyczny lub sprawujących opiekę nad osobami przebywającymi w domach pomocy społecznej, lub przypadkach uzasadnionych klinicznie, z izolatorium może zostać wypisana osoba, w przypadku której uzyskano dodatni wynik testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2, po uzyskaniu dwukrotnie ujemnego wyniku tego testu z próbek pobranych w odstępach co najmniej 24-godzinnych, niezależnie od liczby dni, które upłynęły od ostatniego dodatniego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 i od rodzaju objawów klinicznych.*
- 5. W przypadku pacjentów immunoniekompetentnych, okres izolacji może zostać wydłużony do 20 dni. Decyzję w tej sprawie podejmuje lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem w izolatorium.*
- 6. Personel medyczny izolatorium zaleca osobie wypisanej z izolatorium konieczność zachowania szczególnej higieny rąk przez co najmniej 7 dni.*
- 7. W przypadku osób wypisywanych z izolatorium warunku zakończenia izolacji nie stanowi wykonanie testu molekularnego RT-PCR.*
- 8. Wypisanie z izolatorium nie oznacza zwolnienia z kwarantanny, o której mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.*

9. *W przypadku samowolnego opuszczenia izolatorium przez osobę objętą opieką personelu medycznego izolatorium informuje o tym niezwłocznie telefonicznie państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby na numer telefonu alarmowego, który jest opublikowany na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej właściwej stacji sanitarno-epidemiologicznej.*

Pełny tekst nowelizacji, dostępny jest pod adresem:

<https://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2020/1507> .

Pełny tekst znowelizowanego rozporządzenia (który nie uwzględnia jednak zarówno analizowanej jak i dotychczasowych zmian), dostępny jest pod adresem:

<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200000539> .

2. Zmiany w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia:

Zmiana zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o finansowanie informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej - pilotaż EDM

Z dniem 21 sierpnia 2020 r. weszło w życie **zarządzenie nr 128/2020/DEF** Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 sierpnia 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o finansowanie informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej - pilotaż EDM, zwane dalej **zarządzeniem zmieniającym**. Pierwotne zarządzenie w powyższym przedmiocie opublikowano pod numerem **102/2020/DEF** (z dnia 7 lipca 2020 r.).

Jak wskazano w uzasadnieniu do zarządzenia zmieniającego:

*Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o finansowanie informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej - pilotaż EDM **wprowadza zmiany** w zarządzeniu Nr 102/2020/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 lipca 2020 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o finansowanie informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej - pilotaż EDM, **polegające na doprecyzowaniu przepisów dotyczących uczestnictwa świadczeniodawców - realizatorów w pilotażu EDM.***

*Adekwatnie do powyższych zmian **doprecyzowano brzmienie załącznika nr 2 do ww. zarządzenia Nr 102/2020/DEF** [Wysokość wynagrodzenie za aktywny udział uprawnionego świadczeniodawcy w pilotażu EDM- przyp. red. Serwisu].*

*Określenie przez NFZ warunków zawierania i realizacji umów o finansowanie informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej - pilotaż EDM jest działaniem podjętym w ramach realizacji celu nr 4 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 pn. **Wspieranie świadczeniodawców w budowie mikroekonomicznej efektywności.***

Pełny tekst zarządzenia zmieniającego (wraz z uzasadnieniem), dostępny jest pod adresem:

<https://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-1282020def,7221.html> .

Pełny tekst zarządzenia zmienianego (który nie uwzględnia późniejszych zmian), dostępny jest pod adresem:

<https://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-1022020def,7205.html> .

**Zmiana zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów
o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie
podstawowej opieki zdrowotnej**

Z dniem 1 września 2020 r. weszło w życie **zarządzenie nr 131/2020/DSOZ** Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, zwane dalej **zarządzeniem zmieniającym**. Pierwotne zarządzenie w powyższym przedmiocie opublikowano pod numerem **177/2019/DSOZ** (było ono dotychczas kilkakrotnie zmieniane).

Jednocześnie wskazać należy, że dzień po publikacji zarządzenia zmieniającego, zostało ono znowelizowane zarządzeniem nr 132/2020/DSOZ z dnia 26 sierpnia 2020 r., w zakresie nowego brzmienia załącznika nr 21 do zarządzenia nr 177/2019/DSOZ – stanowiącego **Wykaz świadczeń POZ obowiązujący dla sprawozdań z realizacji umów o udzielanie świadczeń lekarza POZ, pielęgniarki POZ, położnej POZ sprawozdawanych komunikatem XML typu „SWIAD” albo – w przypadku świadczeń profilaktyki chorób układu krążenia oraz świadczeń położnej POZ w programie profilaktyki raka szyjki macicy – w systemie informatycznym monitorowania profilaktyki (SIMP)**.

Zarządzeniem zmieniającym wprowadzono następujące modyfikacje w zarządzeniu nr 177/2019/DSOZ:

1) w § 14 dodano ust. 12 w brzmieniu:

12. W przypadku udzielania świadczeń na odległość (teleporad), o których mowa w § 8 ust. 10, świadczeniodawca - lekarz poz obowiązany jest do sprawozdawania zrealizowanych teleporad zgodnie z § 9 ust. 11.

2) w § 20 ust. 4 otrzymał następujące brzmienie:

*4. Wizyty położnej poz w opiece pielęgnacyjnej nad kobietą po operacji ginekologicznej lub onkologiczno-ginekologicznej obejmują okres od ~~momentu wypisu ze szpitala~~ **dnia zakończenia leczenia szpitalnego** do całkowitego zagojenia się rany pooperacyjnej i realizowane są przez położną na podstawie skierowania, o którym mowa w § 12 ust. 10 ~~pkt 1~~ **Ogólnych warunków umów albo karty informacyjnej z leczenia szpitalnego wydanych po operacji ginekologicznej lub onkologiczno-ginekologicznej, zgodnie z zaleceniami w ~~ni~~ nich zawartymi.***

3) Jak już wspomniano, wprowadzono **nowe brzmienie załącznika nr 21**.

Jak wskazano w uzasadnieniu do zarządzenia zmieniającego:

Niniejsze zarządzenie:

- 1) wprowadza obowiązek sprawozdawania przez lekarza poz, świadczeń udzielanych na odległość (teleporad), w tym związanych z wystawieniem e-skierowania;*
- 2) uznaje kartę informacyjną z leczenia szpitalnego po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych jako równoważną ze skierowaniem do położnej poz kobiet po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych.*

Wprowadzone zmiany mają na celu umożliwienie identyfikacji teleporad udzielanych przez lekarzy POZ oraz porad udzielanych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, a przez to monitorowanie sposobu realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, jak również ocenę dostępności do świadczeń. Zmiany mają również na celu zwiększenie dostępności do świadczeń udzielanych przez położne kobietom po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych.

Jest to działanie podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 - Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 września 2020 r.

Pełny tekst zarządzenia zmieniającego (wraz z uzasadnieniem), dostępny jest pod adresem:

<https://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-1312020dsoz,7224.html> .

Pełny tekst zarządzenia zmieniającego zarządzenie zmieniające (w zakresie załącznika nr 21 do zarządzenia nr 177/2019/DSOZ), dostępny jest pod adresem:

<https://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-1322020dsoz,7225.html> .

Pełny tekst zarządzenia zmieniającego – nr 177/2019/DOSZ (który nie uwzględnia późniejszych zmian), dostępny jest pod adresem:

<https://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-1772019dsoz,7098.html> .

2. NOWE AKTY PRAWNE:

1) Nowe akty prawa powszechnie obowiązującego:

Brak nowych aktów prawa powszechnie obowiązującego, wchodzących w życie we wskazanym na wstępie okresie czasu.

2) Nowe zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia:

Brak nowych zarządzeń Prezesa NFZ, wchodzących w życie we wskazanym na wstępie okresie czasu.

3. TERMINARZ LEKARZA:

Poniższe zestawienie przedstawia najistotniejsze – w ocenie sporządzającego – obowiązki lekarza, o których należy pamiętać w okresie **od dnia 4 września 2020 r. do dnia 2 października 2020 r.**, z zastrzeżeniem, iż obowiązki te należy w każdym przypadku interpretować indywidualnie, w zależności od sposobu i zakresu wykonywania działalności.

Data	Obowiązki lekarza	Podstawa prawna
do dnia 7.09.2020 r.	<p>podatek opłacany w formie karty podatkowej za sierpień</p> <p>Podatnicy płacą podatek dochodowy w formie karty podatkowej, pomniejszony o zapłaconą składkę na ubezpieczenie zdrowotne, o którym mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, bez wezwania w terminie do dnia siódmego każdego miesiąca za miesiąc ubiegły, a za grudzień – w terminie do dnia 28 grudnia roku podatkowego, na rachunek urzędu skarbowego.</p>	<p>art. 31 ust. 5 ustawy z 20.11.1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne</p>
	<p>wpłata zryczałtowanego podatku od dochodów z dywidend oraz innych przychodów z tytułu udziału w zyskach osób prawnych za sierpień oraz sporządzenie CIT-7</p> <p>Płatnicy przekazują kwoty podatku w terminie do 7 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym pobrano podatek.</p> <p>Co do zasady, płatnicy są nadto obowiązani przesłać podatnikom:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) mającym siedzibę lub zarząd na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej - informację o wysokości pobranego podatku w terminie przekazania kwoty pobranego podatku, 2) niemającym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej siedziby lub zarządu oraz urzędowi skarbowemu <p>- informację o dokonanych wypłatach i pobranym podatku - w terminie do końca trzeciego miesiąca roku następującego po roku podatkowym, w którym dokonano wypłat.</p> <p>CIT – 7 należy przesłać podatnikowi, CIT – 6R i CIT – 6AR należy złożyć do Urzędu Skarbowego do końca pierwszego miesiąca roku następującego po roku podatkowym, w którym powstał obowiązek zapłaty podatku.</p>	<p>art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 15.02.1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych</p>
	<p>ryczałt od osób prawnych za sierpień</p> <p>Płatnicy, którzy dokonują wypłat należności określonych w art. 21 u.p.d.o.p. na rzecz podatników nieposiadających w Polsce siedziby lub zarządu (nierzydentów), są obowiązani pobrać w dniu dokonania wypłaty zryczałtowany podatek dochodowy od tych</p>	<p>art. 26 ust. 3 ustawy z 15.02.1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych</p>

	<p>wypłat, jeżeli inaczej nie stanowią międzynarodowe umowy w sprawie zapobieżenia podwójnemu opodatkowaniu. Płatnik przekazuje na rachunek urzędu skarbowego kwotę pobranego podatku w terminie do 7-go dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym pobrano podatek.</p>	
<p>do dnia 10.09.2020 r.</p>	<p>wpłata należności z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, FGŚP, FP oraz przesłanie deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA, imiennych raportów miesięcznych ZUS RZA, ZUS RCA, przez osoby fizyczne, które opłacają składki wyłącznie za siebie</p> <p>Co do zasady płatnik składek przesyła w tym samym terminie deklarację rozliczeniową (ZUS DRA), imienne raporty miesięczne (ZUS RCA, ZUS RZA) oraz opłaca składki za dany miesiąc, nie później niż do 10 dnia następnego miesiąca.</p> <p>Płatnik składek, który opłaca składki wyłącznie za siebie, przysyła jedynie deklarację rozliczeniową.</p> <p>Osoby prowadzące pozarolniczą działalność, opłacające składki wyłącznie za siebie lub osoby z nimi współpracujące, są zwolnione z obowiązku składania deklaracji rozliczeniowej lub imiennych raportów miesięcznych za kolejny miesiąc, jeżeli w ostatnio złożonej deklaracji rozliczeniowej lub imiennym raporcie miesięcznym zadeklarowały do podstawy wymiaru składek:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) na ubezpieczenia społeczne – kwotę w wysokości najniższej podstawy wymiaru składek dla osób prowadzących pozarolniczą działalność, obowiązującej je i osoby z nimi współpracujące; 2) na ubezpieczenie zdrowotne – kwotę w wysokości najniższej podstawy wymiaru określonej w art. 81 ust. 2 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, obowiązującej je i osoby z nimi współpracujące, i nie nastąpiła żadna zmiana w stosunku do miesiąca poprzedniego. <p>Osoby prowadzące pozarolniczą działalność, opłacające wyłącznie składki na ubezpieczenie zdrowotne za siebie lub osoby z nimi współpracujące, są zwolnione z obowiązku składania deklaracji rozliczeniowej lub imiennych raportów miesięcznych za kolejny miesiąc, jeżeli w ostatnio złożonej deklaracji rozliczeniowej lub imiennym raporcie miesięcznym zadeklarowały do podstawy wymiaru składek kwotę w wysokości najniższej podstawy wymiaru określonej w art. 81 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, obowiązującej je i/lub osoby z nimi współpracujące.</p>	<p>art. 47 ust. 1 pkt 1, ust. 2-2c, ust. 4-4c ustawy z 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych</p>

do dnia 15.09.2020 r.	<p>termin wystawienia faktur za sierpień</p> <p>Co do zasady, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, fakturę wystawia się nie później niż do 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym dokonano dostawy towaru lub wykonano usługę.</p> <p>Termin ten stosuje się także do zaliczek.</p>	art. 106i ustawy z dnia 11.03.1994 r. o podatku od towarów i usług
	<p>wpłata należności z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, FGŚP i FP oraz przesłanie deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA, imiennych raportów miesięcznych ZUS RZA, ZUS RCA, składanych przez płatników niebędących jednostkami budżetowymi ani osobami fizycznymi opłacającymi składkę wyłącznie za siebie</p> <p>Płatnik składek niebędący jednostkami budżetowymi i samorządowymi zakładów budżetowych ani osobami fizycznymi opłacającymi składkę wyłącznie za siebie przesyła deklarację rozliczeniową (ZUS DRA), imienne raporty miesięczne (ZUS RCA, ZUS RZA) oraz opłaca składki za dany miesiąc, nie później niż do 15 dnia następnego miesiąca.</p>	art. 47 ust. 1 pkt 3, ust. 4–4c ustawy z dnia 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych
	<p>zaliczka na podatek od nieruchomości (dot. osób prawnych i jednostek niemających osobowości prawnej)</p> <p>Osoby prawne, jednostki organizacyjne oraz spółki niemające osobowości prawnej są obowiązane wpłacać obliczony w deklaracji podatek od nieruchomości - bez wezwania - na rachunek właściwej gminy, w ratach proporcjonalnych do czasu trwania obowiązku podatkowego, w terminie do 15 dnia każdego miesiąca, a za styczeń do dnia 31 stycznia.</p> <p>W przypadku gdy kwota podatku nie przekracza 100 zł, podatek jest płatny jednorazowo w terminie płatności pierwszej raty – tj. do 15 kwietnia.</p> <p>UWAGA!</p> <p>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 w art. 15p i art. 15q umożliwia radom gmin (za część roku 2020) zwolnienia z podatku od nieruchomości: gruntów, budynków i budowli związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej, wskazanym grupom przedsiębiorców, których płynność finansowa uległa pogorszeniu w związku z ponoszeniem negatywnych konsekwencji ekonomicznych z powodu COVID-19 oraz przedłużenie, wskazanym grupom przedsiębiorców, których płynność finansowa uległa pogorszeniu w związku z ponoszeniem negatywnych konsekwencji ekonomicznych z powodu COVID-19, terminy płatności rat podatku od nieruchomości, płatnych w kwietniu, maju i czerwcu 2020 r., nie dłużej niż do dnia 30 września 2020 r.</p>	art. 6 ust. 9 pkt 3 ustawy z dnia 12.01.1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych

<p>do dnia 21.09.2020 r.</p> <p>*termin ustawowy tj. 20.09.2020 r. przypada na dzień ustawowo wolny od pracy, wobec czego ulega on przesunięciu na najbliższy dzień roboczy.</p>	<p>zaliczka na podatek dochodowy od pracowników zatrudnionych na umowę o pracę oraz z tytułu umów zlecenia i o dzieło za sierpień</p> <p>Zakłady pracy (a zatem także i lekarze będący pracodawcą) są obowiązane przekazać kwoty pobranych zaliczek na podatek w terminie do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym pobrano zaliczki, na rachunek urzędu skarbowego, przy pomocy którego naczelnik urzędu skarbowego właściwy według miejsca zamieszkania płatnika wykonuje swoje zadania, a jeżeli płatnik nie jest osobą fizyczną, według siedziby bądź miejsca prowadzenia działalności, gdy płatnik nie posiada siedziby. Jeżeli między kwotą potrąconego podatku a kwotą wpłaconego podatku występuje różnica, należy ją wyjaśnić w rocznej deklaracji.</p>	<p>art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 26.07.1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych</p>
	<p>zaliczka na podatek dochodowy od osób fizycznych od dochodów osiągniętych z działalności gospodarczej oraz z umów najmu i dzierżawy w sierpniu</p> <p>Podatnicy osiągający dochody z pozarolniczej działalności gospodarczej oraz z najmu lub dzierżawy są obowiązani bez wezwania wpłacać w ciągu roku podatkowego zaliczki na podatek dochodowy. Zaliczki miesięczne wpłaca się w terminie do 20 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni. Zaliczki kwartalne podatnicy wpłacają w terminie do 20 dnia każdego miesiąca następującego po kwartale, za który wpłacana jest zaliczka. Zaliczkę za ostatni miesiąc lub ostatni kwartał roku podatkowego podatnik wpłaca w terminie do 20 stycznia następnego roku podatkowego, chyba że przed upływem terminu do jej wpłaty złoży zeznanie i dokona zapłaty podatku.</p>	<p>art. 44 ust. 6 ustawy z dnia 26.07.1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych</p>
	<p>ryczałty ustawowe w zakresie podatku dochodowego od osób fizycznych za sierpień</p> <p>Co do zasady, osoby fizyczne będące przedsiębiorcami (które wykonują działalność osobiście – np. na podstawie umowy zlecenia bądź kontraktu menadżerskiego), osoby prawne i jednostki organizacyjne niemające osobowości prawnej przekazują kwoty pobranych zaliczek na podatek oraz kwoty zryczałtowanego podatku w terminie do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym pobrano zaliczki (podatek) - na rachunek urzędu skarbowego, przy pomocy którego naczelnik urzędu skarbowego właściwy według miejsca zamieszkania płatnika wykonuje swoje zadania, a jeżeli płatnik nie jest osobą fizyczną, według siedziby bądź miejsca prowadzenia działalności, gdy płatnik nie posiada siedziby.</p>	<p>art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 26.07.1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych</p>
	<p>zaliczka na podatek dochodowy od osób prawnych za sierpień</p> <p>Osoby prawne, co do zasady, są obowiązane wpłacać na rachunek urzędu skarbowego zaliczki miesięczne w wysokości różnicy pomiędzy podatkiem należnym od</p>	<p>Art. 25 ustawy z dnia 15.02.1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych</p>

	<p>dochodu osiągniętego od początku roku podatkowego a sumą zaliczek należnych za poprzednie miesiące.</p> <p>Zaliczki miesięczne podatnik wpłaca w terminie do 20 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni. Zaliczkę za ostatni miesiąc roku podatkowego podatnik wpłaca w terminie do 20 dnia pierwszego miesiąca następnego roku podatkowego, chyba że przed upływem terminu do jej wpłaty złoży zeznanie i dokona zapłaty podatku.</p> <p>Podatnicy mogą nie wpłacać zaliczki, jeżeli podatek należny od dochodu osiągniętego od początku roku pomniejszony o sumę zaliczek wpłaconych od początku roku nie przekracza 1000 zł. Jeżeli podatek należny od dochodu osiągniętego od początku roku pomniejszony o sumę zaliczek wpłaconych od początku roku przekracza 1000 zł, wpłacie podlega różnica pomiędzy podatkiem należnym od dochodu osiągniętego od początku roku a sumą zaliczek wpłaconych od początku roku.</p>	
	<p>zapłata składki na PFRON</p> <p>Pracodawcy dokonują wpłat na PFRON w terminie do dnia 20 następnego miesiąca po miesiącu, w którym zaistniały okoliczności powodujące powstanie obowiązku wpłat, składając równocześnie Zarządowi Funduszu deklaracje miesięczne i roczne poprzez teletransmisje danych w formie dokumentu elektronicznego według wzoru ustalonego, w drodze rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z 22.06.2016 r. w sprawie ustalenia wzorów deklaracji składanych Zarządowi Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez pracodawców zobowiązanych do wpłat na ten Fundusz (Dz.U. z 2016 r. poz. 956).</p>	<p>art. 21 ust. 2g, art. 49 ust. 2 ustawy z 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych</p>
	<p>Oświadczenie o wyborze lub rezygnacji z opodatkowania ryczałtem od przychodów ewidencjonowanych lub podatkiem liniowym</p> <p>Podatnicy podatku dochodowego od osób fizycznych są opodatkowani na zasadach ogólnych, chyba że w terminie do dnia 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym osiągnęli pierwszy przychód z pozarolniczej działalności gospodarczej w roku podatkowym, albo do końca roku podatkowego, jeżeli pierwszy taki przychód osiągnął w grudniu roku podatkowego, złożą pisemne oświadczenie o wyborze opodatkowania przychodów z pozarolniczej działalności gospodarczej na dany rok podatkowy w formie ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych lub podatku liniowego w wysokości 19%.</p> <p>W tym samym terminie podatnicy mogą zawiadomić w formie pisemnej o rezygnacji z opodatkowania dochodów z pozarolniczej działalności gospodarczej w formie podatku liniowego lub ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych.</p>	<p>art. 9a ust 2 i 2a ustawy z dnia 26.07.1991 r. o podatku od osób fizycznych</p> <p>art. 9 ust. 1 i 1a ustawy z dnia 21.11.1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne</p>

<p>do dnia 25.09.2020 r.</p>	<p>deklaracje VAT (VAT-7, VAT-7K, VAT 8)</p> <p>Podatnicy prowadzący działalność gospodarczą, jeżeli są podatnikami VAT czynnymi, są obowiązani składać w urzędzie skarbowym deklaracje podatkowe za okresy rozliczeniowe (miesięczne lub kwartalne) w terminie do 25 dnia miesiąca następującego po każdym kolejnym okresie. Są oni zobowiązani do składania dla okresów:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) miesięcznych – deklaracji VAT-7; 2) kwartalnych – deklaracji VAT-7K – w przypadku małych podatników, którzy wybrali metodę kasową oraz pozostałych małych podatników, którzy złożyli oświadczenie, o którym mowa w art. 99 ust. 3 u.p.t.u. <p>Podatnicy niebędący podatnikami VAT czynnymi (i w związku z tym nieskładający deklaracji VAT-7, VAT-7K), u których wartość wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów przekroczyła kwotę 50.000 zł, lub którzy wybrali opodatkowanie wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów przez złożenie naczelnikowi urzędu skarbowego pisemnego oświadczenia o takim wyborze składają do urzędu skarbowego deklaracje VAT-8 za okresy miesięczne w terminie do 25. dnia miesiąca następującego po każdym kolejnym miesiącu.</p>	<p>art. 99 ust. 1-3a i 8, art. 114 ust. 3 ustawy z dnia 11.03.2004 r. o podatku od towarów i usług</p> <p>- rozporządzenie Ministra Finansów, Inwestycji i Rozwoju z dnia 25.10.2019 r. w sprawie wzorów deklaracji dla podatku od towarów i usług</p>
	<p>przesłanie JPK_VAT za sierpień (Jednolity Plik Kontrolny VAT)</p> <p>Osoby prawne, jednostki organizacyjne niemające osobowości prawnej oraz osoby fizyczne, jeżeli są podatnikami VAT czynnymi, prowadzące księgi podatkowe przy użyciu programów komputerowych, są obowiązane, bez wezwania organu podatkowego, do przekazywania, za pomocą środków komunikacji elektronicznej, Szefowi Krajowej Administracji Skarbowej informacji o prowadzonej ewidencji VAT (JPK_VAT), za okresy miesięczne w terminie do 25 dnia miesiąca następującego po każdym kolejnym miesiącu, wskazując miesiąc, którego ta informacja dotyczy.</p>	<p>art. 82 § 1b ustawy z dnia 29.08.1997 r. - Ordynacja podatkowa</p>
	<p>informacja podsumowująca VAT-UE za sierpień</p> <p>Informację podsumowującą na formularzu VAT-UE składają wszyscy zarejestrowani do celów VAT UE podatnicy VAT czynni, u których występuje wewnątrzwspólnotowe nabycie towarów lub wewnątrzwspólnotowa dostawa towarów, bez względu na wysokość obrotów uzyskanych z tego tytułu. Informacje podsumowujące składa się za pomocą środków komunikacji elektronicznej do 25 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym powstał obowiązek podatkowy z tytułu dokonania czynności skutkujących obowiązkiem złożenia informacji.</p>	<p>art. 100 ust. 3 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług</p>

<p>do dnia 25.09.2020 r.</p>	<p>złożenie wniosku Wn-D, informacji INF-D-P oraz formularza INF-O-PP za sierpień</p> <p>Pracodawcy przysługuje ze środków PFRON miesięczne dofinansowanie do wynagrodzenia pracownika niepełnosprawnego, o ile pracownik ten został ujęty w ewidencji zatrudnionych osób niepełnosprawnych.</p> <p>Pracodawca ubiegający się o dofinansowanie składa do PFRON wniosek o wypłatę miesięcznego dofinansowania za listopad (Wn-D) wraz z miesięczną informacją o wynagrodzeniach, zatrudnieniu, stopniach i rodzaju niepełnosprawności pracowników niepełnosprawnych (INF-D-P) oraz formularzem informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc inną niż pomoc w rolnictwie lub rybołówstwie, pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (INF-O-PP), w terminie do 25 dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczy.</p>	<p>art. 26a-26c ustawy z 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych</p> <p>- § 4 rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22.06.2016 r. w sprawie miesięcznego dofinansowania do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych</p>
<p>do dnia 30.09.2020 r.</p>	<p>Wpłata VAT od wewnątrzspółnotowej dostawy nowego środka transportu</p> <p>Osoby prawne, jednostki organizacyjne niemające osobowości prawnej oraz osoby fizyczne, niebędące podatnikami, które dokonują wewnątrzspółnotowej dostawy nowych środków transportu powinny sporządzić deklaracje VAT – 11. Deklarację tą składa się w urzędzie skarbowym właściwym ze względu na miejsce zamieszkania. Należy ją złożyć w terminie do ostatniego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym powstał obowiązek podatkowy.</p>	<p>art. 99 ust. 11 ustawy z dnia 11.03.2004 r. o podatku od towarów i usług</p>
<p>do dnia 31.09.2020 r.</p>	<p>złożenie wniosku Wn-U-G przez rencistów prowadzących działalność gospodarczą za sierpień</p> <p>Osoba niepełnosprawna wykonująca działalność gospodarczą, któremu przysługuje refundacja składek na ubezpieczenia społeczne ze środków PFRON składa wniosek o wypłatę refundacji składek za dany miesiąc, w terminie do ostatniego dnia miesiąca, w którym upłynął termin do opłacenia składek na ubezpieczenia za dany miesiąc.</p>	<p>art. 25c ust. 1 ustawy z 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych</p>

4. WYKAZ PRODUKTÓW LECZNICZYCH, ŚRODKÓW SPOŻYWCZYCH SPECJALNEGO PRZEZNACZENIA ŻYWIENIOWEGO ORAZ WYROBÓW MEDYCZNYCH ZAGROŻONYCH BRAKIEM DOSTĘPNOŚCI NA TERYTORIUM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

W dniu **31 lipca 2020 r.**, na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia zamieszczone zostało nowe obwieszczenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zagrożonych brakiem dostępności na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Aktualny wykaz dostępny jest pod adresem: <http://dziennikmz.mz.gov.pl/#/legalact/2020/55/>

5. WYKAZ PODMIOTÓW UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ DOTYCZĄCEJ PRZECIWDZIAŁANIA COVID-19

Na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ zamieszczony został wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej (w tym transportu sanitarnego) dotyczącej przeciwdziałania COVID-19. Wykaz został ogłoszony w wykonaniu obowiązku wynikającego z art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 374 ze zm.).

Wykaz (wraz z jego aktualizacjami) opublikowany przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ, dostępny jest pod adresem:

<https://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-wielkopolskiego-ow-nfz/podmioty-udzielajace-swiadczen-opieki-zdrowotnej-dotyczacej-przeciwdzialania-covid-19/>

Na poniższej stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia zamieszczone zostały odnośniki do stron poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ, na których ogłoszone zostały właściwe dla nich wykazy:

<https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/wykazy-placowek-udzielajacych-swiadczen-w-zwiazku-z-przeciwdzialaniem-rozprzestrzenianiu-koronawirusa,7624.html>

Zatwierdzono przez adwokata Michała Górskiego.

Serwis przygotowywany jest przez:

Kancelarię Adwokatów i Radców Prawnych P.J. Sowisło & Topolewski S.K.A.

ul. Fabryczna 9, 61-524 Poznań

www.sowislo.com.pl

Pytania dotyczące zamieszczonych w Serwisie informacji można kierować na adres prawnik@wil.org.pl, wpisując w temacie wiadomości „e-informator”.