

SERWIS INFORMACJI PRAWNEJ
e-informator

Nr 8/2020 (41)

[data publikacji: 17 kwietnia 2020 roku]

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

15.04.2020 – 01.05.2020*	w przypadku przepisów prawa powszechnie obowiązującego
03.04.2020 – 17.04.2020	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.


***W związku z ogłoszonym na obszarze kraju stanem epidemii, w niniejszym wydaniu osobno zawarte zostały opracowania wybranych zmian w przepisach związanych z przeciwdziałaniem COVID-19, które opublikowano w poprzednich numerach e-informatora.**


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

 - dawna treść przepisu

 - nowa treść przepisu lub przepis dodany

SPIS TREŚCI

1. ZMIANY W PRZEPISACH:	3
Zmiana rozporządzenia w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej	3
Zmiana zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty	5
2. NOWE AKTY PRAWNE:	6
Nowe rozporządzenie w sprawie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.....	6
3. AKTY PRAWNE ZWIĄZANE Z COVID-19	13
Nowelizacja ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych a także innych aktów prawnych w zakresie systemu ochrony zdrowia.....	13
1) Zmiany w ustawie z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej.....	22
2) Zmiany w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty	24
3) Zmiany w ustawie z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne	27
4) Zmiany w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi	27
5) Zmiany w ustawie z dnia z dnia 9 listopada 2018 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej i niektórych innych ustaw	33
[AKTUALIZACJA z 17 kwietnia 2020 r.] Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii	35
Zmiana rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.....	42
Zmiana rozporządzenia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów	43
Rozporządzenie w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego ..	44
Zmiana rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.....	48
Zmiana rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.....	50
Zmiana rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii	52
Zmiana rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.....	56
4. TERMINARZ LEKARZA:	58
5. WYKAZ PRODUKTÓW LECZNICZYCH, ŚRODKÓW SPOŻYWCZYCH SPECJALNEGO PRZEZNACZENIA ŻYWIENIOWEGO ORAZ WYROBÓW MEDYCZNYCH ZAGROŻONYCH BRAKIEM DOSTĘPNOŚCI NA TERYTORIUM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ	67
6. WYKAZ PODMIOTÓW UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ DOTYCZĄCEJ PRZECIWDZIAŁANIA COVID-19	68
7. INFORMACJA DOTYCZĄCA UTRATY WAŻNOŚCI RECEPT PAPIEROWYCH WYSTAWIONYCH NA STARYCH DRUKACH	69

1. ZMIANY W PRZEPISACH:

1. Zmiany w przepisach prawa powszechnie obowiązującego:

Redakcja Serwisu zwraca uwagę, iż informacje na temat zmian w przepisach prawa powszechnie obowiązującego związanych z przeciwdziałaniem COVID-19, umieszczane są zbiorczo w odrębnym punkcie (3).

Zmiana rozporządzenia w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej

W dniu 25 kwietnia 2020 r. częściowo wchodzi w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz. U. poz. 2029).

Wchodzący w życie przepis wprowadza zmianę w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. **w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej** (Dz. U. poz. 941 ze zm.). **Polega ona na dodaniu do katalogu elektronicznej dokumentacji medycznej kolejnego elementu, w postaci opisu badań diagnostycznych, innych niż wskazane w pkt 4. Punkt 4 dotyczy natomiast wyników badań laboratoryjnych wraz z opisem, których obowiązek prowadzenia w formie elektronicznej dokumentacji medycznej, wejdzie w życie w okresie późniejszym – 25 kwietnia 2021 r.**

Należy w tym miejscu zwrócić uwagę na różnicę pomiędzy **elektroniczną dokumentacją medyczną** (o której mowa powyżej), która prowadzona jest w ramach Systemu Informacji Medycznej (SIM), a **dokumentacją medyczną w postaci elektronicznej** (która prowadzona jest przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania). Wspomniana powyżej nowelizacja dotyczy bowiem właśnie elektronicznej dokumentacji medycznej (prowadzonej w SIM), dla której podstawę prawną stanowi ustawa 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r. poz. 408 ze zm.).

Elektroniczna dokumentacja medyczna przeznaczona jest zarówno na użytek wewnętrzny podmiotu wykonującego działalność leczniczą jak i zewnętrzny (np. skierowania lub e-recepty, a także wszystkie elementy wymienione w nowelizowanym rozporządzeniu w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej). Jej tworzenie odbywa się według ściśle określonych reguł, zawartych w Polskiej Implementacji Krajowej HL7 CDA.

Dokumentacja medyczna w postaci elektronicznej przeznaczona jest głównie na użytek wewnętrzny podmiotu wykonującego działalność leczniczą, zaś zasady jej tworzenia przewidziane są we wspomnianym rozporządzeniu w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Pełny tekst nowelizacji z dnia 15 października 2019 r., dostępny jest pod adresem:

<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190002029> .

Pełny tekst zmienianego rozporządzenia w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (bez powyższej zmiany), dostępny jest pod adresem:

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

2. Zmiany w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia:

Zmiana zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty

W dniu 16 kwietnia 2020 r. weszło w życie **zarządzenie nr 58/2020/DGL** Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2020 r., zmieniające zarządzenie w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty, zwane dalej **zarządzeniem zmieniającym**. Zarządzenie weszło w życie z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2020 r.

Pierwotnie opublikowane zarządzenie w powyższym przedmiocie nosi numer **80/2016/DGL** (z dnia 29 lipca 2016 r.) i było dotychczas kilkakrotnie zmieniane.

Zgodnie z § 1 zarządzenia nr 80/2016/DGL, określa ono tryb i sposób postępowania przy nadawaniu przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia receptom w postaci papierowej na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne unikalnych numerów identyfikujących recepty, zwanych dalej *numerami recept*. Numery recept wydawane są osobom uprawnionym do wystawiania recept, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 5 (w tym lekarzom ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 5 pkt 14 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), jeżeli wystawiają recepty zgodnie z art. 96a ust. 8 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne.

Spośród zmian, które mogą okazać się istotne z punktu widzenia lekarzy lub lekarzy dentyistów, wskazać należy na te w zakresie trybu i sposobu przyjmowania wniosków do oddziałów Funduszu, które podyktowane są koniecznością wprowadzenia odstępstwa od przyjmowania wniosków w postaci papierowej. Zmiany te (wprowadzone w zakresie § 4 poprzez dodanie nowej jednostki redakcyjnej - ust. 5) umożliwiają - w uzasadnionych przypadkach - składanie wniosków o dostęp do Portalu NFZ oraz wniosków o uzyskanie uprawnienia do pobierania numerów recept wyłącznie w postaci elektronicznej pomijając dotychczasowy tryb składania wniosków określony w § 5 zarządzenia.

Pełny tekst zarządzenia zmieniającego (nr 58/2020/DGL), dostępny jest na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia, pod adresem:

<https://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-582020dgl,7169.html> ;

Pełny tekst pierwotnego zarządzenia – nr 80/2016/DGL (w wersji bez późniejszych zmian), dostępny jest na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia, pod adresem:

<https://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-802016dgl,6522.html> .

2. NOWE AKTY PRAWNE:

1) Nowe akty prawa powszechnie obowiązującego:

Redakcja Serwisu zwraca uwagę, iż informacje na temat nowych aktów prawa powszechnie obowiązującego związanych z przeciwdziałaniem COVID-19, umieszczane są zbiorczo w odrębnym punkcie (3).

Nowe rozporządzenie w sprawie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

W dniu 14 kwietnia 2020 r. w Dzienniku Ustaw RP ogłoszone zostało **nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia (z tego samego dnia), w sprawie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania** (Dz. U. poz. 666) – zwane dalej *nowym rozporządzeniem*. **Weszło ono w życie w dniu 15 kwietnia 2020 r.**

Powyższym rozporządzeniem uchylono poprzedzające je rozporządzenie w tym samym przedmiocie, z dnia 9 listopada 2015 r. (Dz. U. poz. 2069 ze zm.).

Podkreślić należy, że zgodnie z § 72 ust. 1 nowego rozporządzenia: **Podmioty mogą prowadzić dokumentację zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069) do dnia 31 grudnia 2020 r.**

Mając na uwadze powyższe, **prawodawca umożliwił prowadzenie dokumentacji medycznej na dotychczasowych zasadach do końca bieżącego roku, w celu umożliwienia podmiotom wykonującym działalność leczniczą przyjęcia i wdrożenia nowych metod prowadzenia dokumentacji w okresie przejściowym.** Tym samym, prowadzenie dokumentacji medycznej na nowych zasadach stanie się obowiązkowe dopiero z dniem 1 stycznia 2021 r. (w okresie przejściowym prowadzenie dokumentacji medycznej na nowych zasadach także jest dopuszczalne).

Ze względu na znaczną ilość istotnych zmian wprowadzanych nowym rozporządzeniem, **poniżej przytoczone zostały wyłącznie odnoszące się do nich wybrane fragmenty uzasadnienia projektu nowego rozporządzenia, bez przytaczania treści konkretnych przepisów.** Jednocześnie wskazać należy, iż uzasadnieniu zwrócono uwagę na potrzebę *dostosowania przedmiotowej regulacji do zwiększającej się roli informatyzacji w systemie ochrony zdrowia, w szczególności w zakresie upowszechniania prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. W projekcie zaproponowane zostały zatem rozwiązania z jednej strony odzwierciedlające ten proces, a z drugiej strony w pewien sposób go stymulujące. W procesie udzielania świadczeń zdrowotnych możliwie najwięcej czasu powinno zostać poświęcone pacjentowi. Stąd zaproponowane rozwiązania mają skrócić czas przeznaczony na sporządzanie dokumentacji medycznej, zarówno*

w zakresie jej rodzajów, jak i zawartości, a także inne czynności nie związane bezpośrednio z procesem leczenia.

Spośród najbardziej istotnych informacji na temat nowego rozporządzenia, wymienić należy następujące:

- 1) Utrzymany został dotychczasowy podział dokumentacji na zewnętrzną i wewnętrzną.** Odchodzi się od katalogu dokumentacji opartego na zasadzie przykładowego wyliczenia oraz użycia zwrotu "w szczególności" – **za dokumentację medyczną zostają uznane wszystkie dokumenty określone w przepisach prawa powszechnie obowiązującego.** Zamknięcie katalogów dokumentacji medycznej byłoby niekorzystne z punktu widzenia pacjenta, w jego interesie jest, by do dokumentacji trafiały dokumenty, które mogą mieć znaczenie z punktu widzenia procesu leczenia.
- 2) Za podstawową uznaje się elektroniczną postać dokumentacji medycznej** (§ 1 ust. 1 rozporządzenia). Prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci papierowej będzie możliwe w przypadku braku warunków organizacyjno-technicznych dla prowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej oraz wówczas gdy przepis rozporządzenia tak stanowi (§ 1 ust. 2 rozporządzenia).
- 3) Na podmioty nakłada się obowiązek ujednolicenia prowadzenia dokumentacji medycznej, polegający na konieczności prowadzenia dokumentu albo w postaci papierowej albo elektronicznej.** Intencją przepisów jest uniknięcie sytuacji, w której ten sam dokument jest tworzony jednocześnie w dwóch postaciach, czyli ma dwa oryginały – jeden w postaci elektronicznej, a drugi w postaci papierowej.
- 4) Przewidziano ułatwienia dla podmiotów, które prowadzą dokumentację w postaci elektronicznej.** Przede wszystkim podmioty te nie będą miały obowiązku prowadzenia dokumentacji zbiorczej (§ 12 ust. 2, § 36 ust. 2, § 51 ust. 2 rozporządzenia). Wprowadzenie takiego rozwiązania odciąży podmioty od prowadzenia wielu rodzajów dokumentacji medycznej, które powielają (agregują) dane zawarte w innych dokumentach. Jednocześnie podmioty prowadzące dokumentację medyczną winny wprowadzać takie rozwiązania w zakresie dokumentacji indywidualnej, które pozwolą generować z niej informacje o charakterze zbiorczym, niezbędne dla realizacji obowiązków np. w zakresie sprawozdawczości statystycznej oraz rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia.
- 5) Wprowadzono nowe zasady dołączania do dokumentacji pacjenta wszelkich dokumentów z nim związanych oraz przez niego udostępnionych.** W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej dokonywane będą wpisy o udostępnieniu dokumentacji indywidualnej zewnętrznej za pomocą środków komunikacji elektronicznej wraz z linkiem do tej dokumentacji lub załączane będzie cyfrowe odwzorowanie dokumentacji w postaci papierowej (§ 2 ust. 5 rozporządzenia) lub w przypadku dokumentacji w postaci papierowej, załączana będzie ich kopia. Możliwe będzie także odnotowanie zawartych w udostępnionej dokumentacji informacji, które są istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego.

- 6) **Wytworzona dla pacjenta dokumentacja powinna być przekazywana przez osobę, która ją wytworzyła osobie kierującej na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie za pomocą środków komunikacji elektronicznej** w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2020 r. poz. 344), **w terminie 7 dni od jej wytworzenia**. Dopiero w sytuacji, kiedy warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają przekazanie dokumentacji w ww. sposób, przekazanie odbywa się w postaci papierowej (§ 3 rozporządzenia). Obowiązki w tym zakresie nakładane są na „wystawcę dokumentacji”. Regulacje te nie dotyczą sytuacji, w której osobą kierującą jest lekarz udzielający świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, co jest związane ze specyfiką tej opieki i jej incydentalnością, albo lekarz udzielający świadczeń w tym samym podmiocie. Stosowanie tego przepisu zostało wyłączone także w przypadku zgonu pacjenta.
- 7) W związku z **wprowadzeniem elektronicznej postaci dokumentacji medycznej jako podstawowej, uregulowano kwestie związane z jej podpisywaniem oraz z wymaganiami wobec systemów teleinformatycznych**, w których jest ona prowadzona. Rozporządzenie przewiduje podpisywanie dokumentacji medycznej zewnętrznej prowadzonej w postaci elektronicznej (a więc nie tylko EDM) kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym oraz z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (§ 4 ust. 3 rozporządzenia). Jednocześnie pozostawiono do dnia 31 grudnia 2020 r. możliwość wykorzystywania do podpisu ww. dokumentacji wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego, tak by podmioty miały odpowiedni czas na dostosowanie się do nowego rozwiązania (§ 72 ust. 1 rozporządzenia).
- 8) Rozporządzenie nakłada na podmiot obowiązek przygotowania i realizacji **planów przechowywania dokumentacji w określonym ustawowo czasie** (2-30 lat, zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 8 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta), w tym jej przenoszenia na informatyczne nośniki danych i do nowych formatów danych, jeżeli tego wymaga zapewnienie ciągłości dostępu do dokumentacji. W okresie tym administrator danych musi zapewnić ich dostępność. Przepisy analizowanego aktu prawnego obligują i pozwalają administratorowi danych osobowych na przenoszenie danych medycznych do nowych formatów danych, i stosowania nowych rozwiązań technologicznych, zapewniających wyższy stopień bezpieczeństwa przetwarzania dokumentacji medycznej.
- 9) Zgodnie z § 1 ust. 6 pkt 2 rozporządzenia **system teleinformatyczny, w którym jest prowadzona dokumentacja, zapewnia: integralność treści dokumentacji i metadanych polegającą na zabezpieczeniu przed wprowadzaniem zmian, z wyjątkiem zmian wprowadzanych w ramach ustalonych i udokumentowanych procedur**. W § 1 ust. 6 pkt 6 rozporządzenia wynika, że systemy teleinformatyczne powinny zapewniać możliwość prowadzenia i udostępniania dokumentacji w formatach i standardach wydanych na podstawie art. 11 ust. 1a i 1b ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia,

a w razie ich braku, możliwość prowadzenia i udostępniania dokumentacji w standardach HL7 oraz DICOM lub innych standardach i formatach.

- 10)** Przewidziano **ograniczenie liczby danych wprowadzanych do dokumentacji**, przede wszystkim w celu uniknięcia wielokrotnego powielania tych samych informacji, jak również w celu korzystania z wprowadzonych już rozwiązań informatycznych w ramach Platformy P1. Tytułem przykładu, rozporządzenie nakłada na podmiot obowiązek, aby:
- a) data urodzenia oraz płeć pacjenta były wpisywane tylko wówczas gdy numer PESEL nie został nadany, co jest związane z faktem, iż numer PESEL zawiera już te dane i nie ma konieczności ich powielania (§ 10 pkt 2 lit. B rozporządzenia);
 - b) adres miejsca zamieszkania wpisywano wyłącznie w pierwszej wytworzonej dla danego pacjenta dokumentacji wewnętrznej (§ 10 pkt 2 lit. c rozporządzenia);
 - c) w przypadku pacjenta o nieustalonej tożsamości informacja o przyczynach i okolicznościach uniemożliwiających ustalenie tożsamości była wpisywana tylko w pierwszej wytworzonej dla tego pacjenta dokumentacji wewnętrznej (§ 6 ust. 3 rozporządzenia);
 - d) została wprowadzona możliwość kontynuacji historii choroby przy wielokrotnych hospitalizacjach w tym samym szpitalu (§ 13 ust. 2 rozporządzenia); problem ten był zgłaszany zarówno przez pacjentów, jak i przez niektóre podmioty lecznicze, które prowadząc w ten sposób historię choroby spotykały się z uwagami krytycznymi, w szczególności w trakcie kontroli wykonywanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
- 11)** **Uporządkowano informacje dotyczące treści historii choroby, które zostały zebrane w jednym przepisie**, tak by unikać powtarzania informacji o pacjencie i udzielanych mu świadczeniach zdrowotnych (§ 16 rozporządzenia).
- 12)** **W katalogu danych, które zawiera dokumentacja medyczna indywidualna przewidziano dodatkowo unikalne numery identyfikujące recepty w postaci elektronicznej**, pozostawiając jednocześnie tradycyjne rozwiązanie polegające na konieczności wprowadzania informacji o lekach, wraz z dawkowaniem, lub wyrobach medycznych przepisanych pacjentowi na receptach lub zleceniach na zaopatrzenie w wyroby medyczne (§ 10 pkt 4 lit. e rozporządzenia).
- 13)** W przypadku skierowań w postaci elektronicznej przewidziano **możliwość automatycznej weryfikacji, czy skierowanie wystawione w postaci elektronicznej pochodzi od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego** (§ 9 ust. 3 rozporządzenia).
- 14)** **Asystenci medyczni będą identyfikowani w dokumentacji medycznej przez wpisywanie unikalnego identyfikatora upoważnienia** nadanego przez Rejestr Asystentów Medycznych (RAM), o którym mowa w art. 31b ust. 7 pkt 7 ustawy o systemie (§ 10 pkt 3 lit. d rozporządzenia).
- 15)** Rozporządzenie przewiduje, że Internetowe Konto Pacjenta (IKP) stanowić może źródło oświadczeń o:

- a) upoważnieniu do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą;
- b) upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej;
- c) wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego.

Jednocześnie, nałożono na podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych **obowiązek w zakresie informowania pacjentów o możliwości złożenia oświadczeń za pośrednictwem IKP oraz skutkach powyższego** (skuteczność wobec wskazanych podmiotów, możliwość weryfikacji zakresu oraz odwołania w każdym momencie). **Dopiero kiedy pacjent nie złoży stosownego oświadczenia za pośrednictwem IKP, będzie ono zamieszczane w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej (§ 8 rozporządzenia).**

- 16)** Wprowadzono **zmianę dotyczącą zasad podpisywania karty informacyjnej z leczenia szpitalnego**. Zgodnie z dotychczas obowiązującym rozporządzeniem podpisuje ją lekarz wypisujący i lekarz kierujący oddziałem albo lekarz przez niego upoważniony. Nowe rozporządzenie przewiduje podpisywanie przedmiotowej karty tylko przez lekarza kierującego oddziałem **albo** lekarza przez niego upoważnionego (§ 21 ust. 2 rozporządzenia). Ograniczenie liczby podpisów na karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego usprawni i przyspieszy proces jej wystawiania.
- 17)** Wprowadzono **dokumentację medycznej dla fizjoterapeutów**, którzy uzyskali możliwość wykonywania zawodu w formie praktyki zawodowej, oraz **obowiązek dokumentowania ich udziału w świadczeniach udzielanych pacjentowi w podmiocie leczniczym**. Fizjoterapeuta, który wykonuje indywidualną praktykę wyłącznie w zakładzie leczniczym będzie dokonywał wpisów w dokumentacji prowadzonej przez podmiot leczniczy. Do katalogu dokumentacji indywidualnej wewnętrznej dodano kartę indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej, w której wpisów dokonuje fizjoterapeuta.
- 18)** Rozporządzenie przewiduje **zmianę zasad wypełniania raportów lekarskich i pielęgniarskich w szpitalu**. W dotychczasowym stanie prawnym rozporządzenie szczegółowo określało zawartość tych raportów. Nowe rozporządzenie przewiduje celowościowe podejście do tych dokumentów. Mają one zapewnić ciągłość leczenia pacjenta kiedy zmieniają się pracownicy sprawujący nad nim opiekę. Zakres informacji będzie dostosowany do rzeczywistych potrzeb konkretnego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych i będzie obejmował informacje niezbędne dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów oraz ciągłości świadczeń zdrowotnych. Na tej samej zasadzie będą funkcjonowały raporty fizjoterapeutyczne.
- 19)** **Dokumentację z zakresu opieki zdrowotnej nad uczniami** stanowić ma karta profilaktycznego badania ucznia. Dokumentacja indywidualna ucznia prowadzona jest przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania lub higienistkę szkolną.

- 20) Dla podmiotów wykonujących transport medyczny lub transport wyjazdowy sanitarnym zespołem typu „N”, wprowadzona została **dokumentacja indywidualna w formie karty transportu medycznego lub transportu wyjazdowym sanitarnym zespołem typu „N”**. Podmioty wykonujące transport lotniczy będą sporządzały i prowadziły kartę zlecenia transportu lotniczego.
- 21) Wprowadzono określenie „zakład leczniczy” zamiast określenia „przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego” (zmiana ma charakter techniczny, zgodny z nomenklaturą ustawową).
- 22) W szpitalnych oddziałach ratunkowych prowadzony ma być **wykaz odmów przyjęć**.
- 23) W **karcie obserwacji porodu** na wniosek Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych zostały dodane następujące informacje: *Wymiary miednicy: wymiar międzykolcowy, wymiar międzygrzebieniowy, wymiar międzykrętarzowy, sprężna zewnętrzna, wynik posiewu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących grupy B (GBS), wynik badania antygenu HBs.*
- 24) Rozporządzenie określa **wymagania, które muszą zostać spełnione dla zabezpieczenia dokumentacji** oraz w przypadku prowadzenia jej w postaci elektronicznej dla systemu teleinformatycznego.
- 25) **Podmioty wykonujące działalność leczniczą będą mogły wydawać książeczki zdrowia dziecka według dotychczasowego wzoru do końca 2020 r.** Pozwoli to na wykorzystanie zamówionych druków i płynne przejście do stosowania nowego wzoru.

Pełny tekst nowego rozporządzenia dostępny jest pod adresem:

<http://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2020/656>

Szczegółowe uzasadnienie do projektu nowego rozporządzenia, dostępne jest pod adresem:

<https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12326010/12634237/dokument444003.docx>

Pełny tekst dotychczasowego rozporządzenia (z dnia 9 listopada 2015 r.), które może być stosowane do 31 grudnia 2020 r., dostępne jest pod adresem:

<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20150002069> .

2) Nowe zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia:

Brak nowych zarządzeń we wskazanym na wstępie okresie czasu.

3. AKTY PRAWNE ZWIĄZANE Z COVID-19

Nowelizacja ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych a także innych aktów prawnych w zakresie systemu ochrony zdrowia

W dniu 7 marca 2020 r. w Dzienniku Ustaw RP ogłoszona została 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 (Dz. U. z 2020 r. poz. 374) – zwana dalej *specustawą*. Weszła ona w życie w dniu 8 marca 2020 r.

W dniu 31 marca 2020 r. w Dzienniku Ustaw RP ogłoszone zostały dwie – następujące ustawy, którymi dokonano nowelizacji zarówno specustawy 7 marca 2020 r., jak też m.in. wybranych innych ustaw, które dotyczą systemu ochrony zdrowia:

- ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. poz. 567);
- ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 568).

Pierwsza z ww. ustaw w przeważającej mierze wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, a więc 1 kwietnia 2020 r., natomiast druga w znacznej części wchodzi w życie już w dniu ogłoszenia, a więc 31 marca 2020 r.

Redakcja Serwisu zwraca uwagę najbardziej istotne fragmenty specustawy, związane z prowadzeniem działalności leczniczej przez lekarzy. W związku ze wspomnianymi nowelizacjami, właściwe fragmenty (nowelizowane) zostały oznaczone kolorem turkusowym:

- 1) Zgodnie z art. 1 ust. 1 pkt 3 specustawy, określa ona m. in. **uprawnienia i obowiązki, świadczeniodawców** oraz świadczeniobiorców i innych osób przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażenia lub choroby zakaźnej, o których mowa w pkt 1.
- 2) W art. 1 ust. 2 przewidziano, że: **W zakresie nieuregulowanym w niniejszej ustawie stosuje się ustawę z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi** (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239 i 1495 oraz z 2020 r. poz. 284 i 322).
- 3) W art. 2 ust. 1 sprecyzowano, iż: *Przepisy ustawy stosuje się do zakażeń i choroby zakaźnej wywołanej wirusem SARS-CoV-2, zwanej dalej „COVID-19”.*

4) W art. 3 **ust. 1** przewidziano **możliwość zlecenia pracownikom pracy zdalnej** przez określony czas:

1. *W celu przeciwdziałania COVID-19 **pracodawca może polecić pracownikowi wykonywanie, przez czas oznaczony, pracy określonej w umowie o pracę, poza miejscem jej stałego wykonywania (praca zdalna).***

**Powyższy przepis utraci moc po upływie 180 dni od dnia wejścia w życie analizowanej ustawy.*

5) Nowelizacją, po art. 4a (także dodanym nowelizacją) dodany został art. 4b i art. 4c w brzmieniu:

art. 4b.

1. *Jeżeli w okresie pobierania dodatkowego zasiłku opiekuńczego **ubezpieczony będący pracownikiem wykonującym zawód medyczny, zatrudniony w podmiocie leczniczym** w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295), **świadczy pracę w podmiocie leczniczym w ramach dyżuru medycznego w godzinach innych niż czas zwolnienia od wykonywania pracy w związku z osobistym sprawowaniem opieki**, o której mowa w art. 4 ust. 1 i 1a, **oraz poza normalnymi godzinami pracy, przepisu art. 17 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa nie stosuje się.***

2. *Jeżeli **w okresie podlegania obowiązkowej kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych**, o której mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, **ubezpieczony wykonujący zawód medyczny** w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej **świadczy pracę zdalną**, o której mowa w art. 3, **na rzecz podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub udziela świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, przepisu art. 17 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa nie stosuje się.***

art. 4c.

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

Dodatkowa praca a zasiłek opiekuńczy

Wprowadzono możliwość wykonywania dodatkowej, ponadwymiarowej pracy w ramach dyżuru medycznego dla pracowników wykonujących zawód medyczny, w godzinach innych niż normalne godziny pracy tych pracowników oraz innych niż te, w których są oni zwolnieni od wykonywania pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki nad dzieckiem, oraz zatrudnienie osoby

wykonywającej zawód medyczny w podmiocie leczniczym w okresie objęcia jej obowiązkową kwarantanną w ramach pracy zdalnej, bez ryzyka utraty dodatkowego zasiłku opiekuńczego.

Zasiłek chorobowy z uwagi na niezdolność do pracy z powodu COVID-19

Nowelizacja wprowadza możliwość uzyskania w czasie epidemii zasiłku chorobowego, którego miesięczny wymiar wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku. Ma to dotyczyć pracownika wykonywającego zawód medyczny w podmiocie leczniczym, w okresie podlegania obowiązkowej kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych wynikających z pozostawania w styczności z osobami chorymi z powodu COVID-19 w związku wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia.

6) W ramach art. 7 przewidziano utworzenie **wykazu podmiotów wykonujących działalność leczniczą** (użyto w tym wypadku pojęcia szerszego niż same podmioty lecznicze, co *de facto* oznacza, że wykazem mogą być objęci także lekarze prowadzący działalność leczniczą w formie praktyki zawodowej), które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. W związku z tym, iż artykuł ten został znowelizowany, poniżej przytoczono jego aktualną wersję:

1. **Świadczenia opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, wykonywane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, są udzielane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą lub lekarzy i lekarzy dentyistów, o których mowa w ust. 4, wpisane wpisanych do wykazu, zwanego dalej „wykazem”, opracowywanego przez właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w porozumieniu z wojewodą.**
2. **W wykazie umieszcza się podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz lekarzy i lekarzy dentyistów, o których mowa w ust. 4, uwzględniając potrzeby wynikające z zabezpieczenia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, na obszarze województwa, a także strukturę organizacyjną tych podmiotów, rodzaj wykonywanej działalności leczniczej oraz zasoby kadrowe i sprzętowe.**
3. **Wykaz podlega ogłoszeniu w wojewódzkim dzienniku urzędowym w drodze obwieszczenia wojewody oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Narodowego Funduszu Zdrowia.**
4. **Lekarz oraz lekarz dentyista spełniający warunki, o których mowa w art. 18 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, może udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, zwanych dalej „teleporadą”, z pominięciem obowiązków wynikających z art. 101 tej ustawy oraz obowiązków dotyczących dokumentacji medycznej wynikających z przepisów o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Działalność ta nie podlega wpisowi do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.**
5. **W celu uzyskania dostępu do systemu, o którym mowa w ust. 4, lekarz oraz lekarz dentyista składa do jednostki, o której mowa w ust. 4, wniosek w postaci elektronicznej zawierający:**
 - 1) **oświadczenie o zamiarze udzielania teleporad, z podaniem miejsca i, jeżeli to możliwe, czasu ich wykonywania;**
 - 2) **dane dotyczące tego lekarza albo lekarza dentyisty:**
 - a) **imię i nazwisko,**
 - b) **datę urodzenia,**

- c) numer PESEL lekarza lub lekarza dentystry lub serię i numer jego dowodu tożsamości w przypadku braku numeru PESEL,
 - d) numer prawa wykonywania zawodu lekarza lub numer prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry,
 - e) określenie tytułu zawodowego,
 - f) posiadane specjalizacje,
 - g) numer telefonu do kontaktu,
 - h) adres poczty elektronicznej,
 - i) adres do korespondencji.
6. Jednostka, o której mowa w ust. 4, ma prawo przetwarzać dane pozyskane w związku z udostępnianiem systemu, o którym mowa w ust. 4, w tym dane dotyczące udzielanych teleporad.
- 7. Lekarz oraz lekarz dentystra udzielający świadczeń, o których mowa w ust. 4, prowadzi dokumentację medyczną w postaci karty teleporady.**
8. Karta teleporady zawiera:
- 1) oznaczenie pacjenta:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) numer PESEL, a w jego braku serię i numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość,
 - c) datę urodzenia oraz płeć, jeżeli numer PESEL nie został nadany,
 - d) adres miejsca zamieszkania,
 - e) adres poczty elektronicznej,
 - f) numer telefonu do kontaktu;
 - 2) oznaczenie osoby udzielającej teleporady:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) tytuł zawodowy,
 - c) numer prawa wykonywania zawodu;
 - 3) informacje dotyczące stanu zdrowia oraz zalecanego procesu diagnostycznego i leczniczego:
 - a) rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego,
 - b) zalecenia,
 - c) informacje o wystawionych zaświadczeniach, receptach lub skierowaniach,
 - d) inne informacje istotne dla procesu leczenia.
- 9. Karty teleporady są przechowywane przez okres 30 dni od dnia udzielenia teleporady.**
10. W odniesieniu do lekarza lub lekarza dentystry, o którym mowa w ust. 4:
- 1) recepta oraz dokument realizacji recepty – zawierają dane wymagane dla recepty pro auctore albo pro familiae;
 - 2) za adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych – uznaje się adres siedziby jednostki, o której mowa w ust. 4.
11. Teleporady mogą być również udzielane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą. Przepisy ust. 4–9 stosuje się odpowiednio.
12. Lekarza, który uzyskał potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16r ust. 6 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2020 r. poz. 514), lub lekarza, który ma uznany dorobek na podstawie art. 16 ust. 7 albo ust. 9 tej ustawy i wystąpił do dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych z wnioskiem o przystąpienie do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w wiosennej sesji egzaminacyjnej w 2020 r. przedłużonej zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 16 ust. 10, art. 16g ust. 1 oraz art. 16x ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry uznaje się za:

- 1) lekarza specjalistę w dziedzinie, której dotyczył wniosek o przystąpienie do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, jeżeli złożył z wynikiem pozytywnym część pisemną Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w tej dziedzinie, albo
 - 2) lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie, której dotyczył wniosek o przystąpienie do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, jeżeli żadna z części Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w tej dziedzinie nie odbyła się w wiosennej sesji egzaminacyjnej w 2020 r.
- nie dłużej jednak niż do dnia wskazanego jako najbliższy termin Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w danej dziedzinie medycyny.

*Ustępy 4-11 utracą moc po upływie 180 dni od dnia wejścia w życie specustawy.

** Ustęp 12 wchodzi w życie z mocą od dnia 14 marca 2020 r.

*** Ustępy 1 i 2 oraz 4-11 wchodzi w życie z mocą od dnia 25 marca 2020 r.

Teleporady

Wprowadzono możliwość udzielania przez lekarza świadczeń opieki zdrowotnej **w związku z przeciwdziałaniem COVID-19**, za pośrednictwem systemu teleinformatycznego, bez obowiązku zarejestrowania się w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz bez obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach ogólnych. Teleporada może być udzielana wyłącznie za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego przez Ministra Zdrowia i musi być udokumentowana poprzez wypełnienie karty teleporady, która musi być przechowywana przez okres 30 dni od dnia jej udzielenia. Dostęp do systemu teleinformatycznego ma być przyznawany na wniosek zainteresowanego lekarza.

Teleporady mogą być również udzielane przez inne podmioty wykonujące działalność leczniczą.

Czasowe przyznanie uprawnień lekarza specjalisty

Lekarz, który uzyskał potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego lub lekarz, który ma uznany dorobek i wystąpił do dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych z wnioskiem o przystąpienie do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w wiosennej sesji egzaminacyjnej w 2020 roku, jest uznawany za:

- lekarza specjalistę w dziedzinie, której dotyczył wniosek o przystąpienie do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, jeżeli złożył z wynikiem pozytywnym część pisemną Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w tej dziedzinie, albo
- lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie, której dotyczył wniosek o przystąpienie do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, jeżeli żadna z części Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w tej dziedzinie nie odbyła się w wiosennej sesji egzaminacyjnej w 2020 roku.

Uznanie kwalifikacji obowiązuje nie dłużej jednak niż do dnia wskazanego jako najbliższy termin Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w danej dziedzinie medycyny.

- 7) Nowelizacją dodany został art. 7a-7e specustawy. W szczególności zwrócić należy uwagę na art. 7a ust. 1 oraz 7b pkt 1 i 7c. Przepisy te stanowią kolejno, że:

art. 7a

1. *Obwieszczenia, o których mowa w art. 37 ust. 1 oraz 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 357), obowiązujące od dnia 1 marca 2020 r. zachowują ważność do dnia 31 sierpnia 2020 r.*

art. 7b

W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, od dnia ogłoszenia danego stanu, na okres jego trwania:

1) *zawiesza się wykonywanie obowiązków wynikających z przepisów art. 23, art. 23a i art. 23b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;*

art. 7c

W okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii nie przeprowadza się konkursów ofert i rokowań, o których mowa w art. 139 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

*Artykuł 7b utraci moc po upływie 180 dni od dnia wejścia w życie specustawy.

Wydłużenie daty ważności obwieszczeń w sprawie produktów refundowanych oraz produktów, dla których ustalono urzędową cenę zbytu

Obowiązujące od 1 marca 2020 r. obwieszczenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz obwieszczenie w sprawie wykazu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, dla których ustalono urzędową cenę zbytu, zachowują ważność do dnia 31 sierpnia 2020 r.

Zawieszenie obowiązków sprawozdawczych

Na czas ogłoszenia epidemii wyłączono stosowanie regulacji o przekazywaniu do Narodowego Funduszu Zdrowia informacji o listach oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego, o umożliwianiu świadczeniobiorcom telerejestracji i monitorowania kolejki oczekujących on-line oraz obowiązek Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie przypominania o wyznaczonym terminie udzielenia świadczeń.

Postępowania konkursowe

W okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii nie przeprowadza się konkursów ofert i rokowań.

8) W art. 9 wskazano, iż **finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej** (w tym transportu sanitarnego), przez podmioty które wpisane zostaną do właściwego wykazu (w związku z przeciwdziałaniem COVID-19), odbywa się za pośrednictwem Narodowego Funduszu Zdrowia, z przeznaczonych do tego środków pochodzących z budżetu państwa. Przepis w całości stanowi, że:

1. **Świadczenia opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego**, wykonywane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, udzielone przez podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz lekarzy i lekarzy dentyistów, o których mowa w art. 7 ust. 4, wpisane wpisanych do wykazu, są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 oraz z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, na podstawie sprawozdań i rachunków składanych do właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.
2. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, są finansowane w formie opłaty ryczałtowej za utrzymanie stanu gotowości do udzielania tych świadczeń oraz ceny odpowiadającej liczbie i rodzajowi świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w przyjętym okresie rozliczeniowym.
3. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia określi zasady sprawozdawania oraz warunki rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1.
4. Do sprawozdawania i rozliczania świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, nie stosuje się przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, mając na celu zapewnienie rzetelności i gospodarności wydatkowania środków publicznych, w tym utrzymania wydatków w przewidzianych limitach, oraz skuteczności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

9) Nowelizacją dodany został art. 10c, **wyłączający odpowiedzialność (karną, dyscyplinarną oraz z tytułu naruszenia dyscypliny finansów publicznych), w przypadku nabycia towarów lub usług niezbędnych dla zwalczania COVID-10, w sposób naruszający obowiązki służbowe lub obowiązujące w tym zakresie przepisy:**

Art. 10c

Nie popełnia przestępstwa określonego w art. 231 [nadużycie uprawnień przez funkcjonariusza publicznego – przyp. red. Serwisu] lub art. 296 [wyrządzenie szkody w obrocie gospodarczym – przyp. red. Serwisu] ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2019 r. poz. 1950 i 2128), deliktu dyscyplinarnego ani czynu, o którym mowa w art. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1440, 1495, 2020 i 2473 oraz z 2020 r. poz. 284), kto w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii ogłoszonego z powodu COVID-19, nabywając towary lub usługi niezbędne dla zwalczania tej choroby zakaźnej, narusza obowiązki służbowe lub obowiązujące w tym zakresie przepisy, jeżeli działa w interesie społecznym, zaś bez dopuszczenia się tych naruszeń nabycie tych towarów lub usług nie mogłoby zostać zrealizowane albo byłoby istotnie zagrożone.

*Przepis ten utraci moc po upływie 180 dni od dnia wejścia w życie specustawy.

10)W art. 11 ust. 2 i 3 przewidziano **możliwość wydawania przez Prezesa Rady Ministrów poleceń obowiązujących inne niż związane z pełnieniem władzy publicznej osoby prawne i jednostki organizacyjnego nieposiadające osobowości prawnej, a także przedsiębiorców.** Przepis w całości stanowi, że:

1. *Wojewoda może wydawać polecenia obowiązujące wszystkie organy administracji rządowej działające w województwie i państwowe osoby prawne, organy samorządu terytorialnego, samorządowe osoby prawne oraz samorządowe jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. Polecenia podlegają natychmiastowemu wykonaniu. O wydanych poleceniach wojewoda niezwłocznie informuje właściwego ministra.*
2. **Prezes Rady Ministrów, z własnej inicjatywy lub na wniosek wojewody, po poinformowaniu ministra właściwego do spraw gospodarki może, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, wydawać polecenia obowiązujące inne, niż wymienione w ust. 1, osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej oraz przedsiębiorców. Polecenia są wydawane w drodze decyzji administracyjnej, podlegają one natychmiastowemu wykonaniu z chwilą ich doręczenia lub ogłoszenia oraz nie wymagają uzasadnienia.**
 - 2a. *Wydając polecenie, o którym mowa w ust. 2, z własnej inicjatywy, Prezes Rady Ministrów może wyznaczyć ministra odpowiedzialnego za zawarcie umowy.*
 - 2b. *Zadania Prezesa Rady Ministrów wynikające z ust. 2 i 2a wykonuje Szef Kancelarii Prezesa Rady Ministrów z jego upoważnienia.*
3. **Wykonywanie zadań, o których mowa w ust. 2 i 2a, następuje na podstawie umowy zawartej z przedsiębiorcą przez:**
 - 1) **Prezesa Rady Ministrów lub**
 - 2) **wyznaczonego ministra, lub**
 - 3) **właściwego wojewodę**

– **i jest finansowane ze środków budżetu państwa z części budżetowej, której dysponentem jest, odpowiednio, Szef Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, wyznaczony minister albo wojewoda.**
4. *Prace związane z prowadzeniem przygotowań do realizacji zadań, o których mowa w ust. 3, mające charakter planistyczny, są finansowane ze środków własnych przedsiębiorcy.*
5. **W przypadku odmowy zawarcia przez przedsiębiorcę umowy, o której mowa w ust. 3, zadania wykonywane są na podstawie decyzji, o której mowa w ust. 2. W takim przypadku decyzja podlega natychmiastowemu wykonaniu.**
6. *Polecenia, o których mowa w ust. 1 i 2, nie mogą dotyczyć rozstrzygnięć co do istoty sprawy załatwianej w drodze decyzji administracyjnej, a także nie mogą dotyczyć czynności operacyjno-rozpoznawczych, dochodzeniowo-śledczych oraz czynności z zakresu ścigania wykroczeń.*
7. *Polecenia, o których mowa w ust. 1 i 2, mogą być wydawane także ustnie, telefonicznie, za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2019 r. poz. 123 i 730) lub za pomocą innych środków łączności. ~~Treść oraz istotne motywy~~ **Istotne okoliczności** takiego załatwienia sprawy powinny być utrwalone ~~w aktach~~ w formie protokołu ~~lub podpisanej przez stronę adnotacji.~~*
8. *Właściwy minister może wstrzymać wykonanie poleceń, o których mowa w ust. 1, i wystąpić z wnioskiem do Prezesa Rady Ministrów o rozstrzygnięcie sporu, przedstawiając jednocześnie stanowisko w sprawie.*

***Powyższy przepis utraci moc po upływie 180 dni od dnia wejścia w życie specustawy.**

11) W art. 15 specustawy (w wersji pierwotnej) przewidziano **uprawnienie dla farmaceutów do wystawienia recepty farmaceutycznej w przypadku zagrożenia zdrowia pacjenta związanego z COVID-19**. W ramach nowelizacji **powyższy przepis został uchylony w całości**, natomiast przewidziane nim uprawnienie (w zmienionej wersji), zawarte zostało w znowelizowanym art. 96 ust. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r. poz. 499 ze zm.).

12) W ramach art. 16 ustawy o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, przewidziano, iż:

*Lekarz, który wystąpił do dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych z wnioskiem o przystąpienie do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, o którym mowa w przepisach o zawodach lekarza i lekarza dentystry, w wiosennej sesji egzaminacyjnej w 2020 r., **uzyskuje tytuł lekarza specjalisty w danej dziedzinie medycyny pod warunkiem, że:***

- 1) **złożył z wynikiem pozytywnym część testową Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w tej dziedzinie medycyny;***
- 2) **część ustna Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w tej dziedzinie medycyny nie odbyła się do dnia 31 maja 2020 r.***

Powyższy przepis koresponduje ze znowelizowanym brzmieniem art. 7 specustawy, w zakresie w jakim do artykułu tego dodano cytowany wcześniej (w punkcie 6 niniejszej informacji) ust. 12. **Jeżeli państwowy egzamin specjalizacyjny nie zostanie przeprowadzony w terminie do dnia 31 maja 2020 roku, a specjalizujący się lekarz złożył z wynikiem pozytywnym jego część pisemną, to z mocy prawa uzyskuje on tytuł lekarza specjalisty.**

13) W ramach art. 18 ustawy o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, zawarta została regulacja, z mocy której **konkursy ofert i rokowania dotyczące umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wszczęte i niezakończone przed dniem ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, zostają na ten czas zawieszane. Dotychczas zawarte umowy, które wygasają w powyższym okresie, mogą zostać przedłużone**. Przepis stanowi, że:

- 1. **Konkursy ofert i rokowania, o których mowa w art. 139 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.), wszczęte i niezakończone przed dniem ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, zostają od tego dnia zawieszane i zostają wznowione po odwołaniu danego stanu, jeżeli wszyscy oferenci, którzy złożyli oferty w konkursie lub w rokowaniach, potwierdzą ich ważność w terminie określonym przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.***
- 2. **Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wygasające w trakcie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii mogą zostać przedłużone, w celu zapewnienia ciągłości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, za zgodą stron danej umowy na okres niezbędny do przeprowadzenia, po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego***

lub stanu epidemii, konkursu ofert lub rokowań, o których mowa w art. 139 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Osobny rozdział specustawy (3), poświęcony został zmianom w przepisach innych ustaw.

Redakcja Serwisu przytacza poniżej najbardziej istotne ze zmian, ze wskazaniem które fragmenty zostały zmienione lub dodane w ramach nowelizacji:

1) Zmiany w ustawie z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej

(tekst jedn. Dz. U. z 2019 r. poz. 59). W art. 8a dodaje się ust. 5–9 w brzmieniu:

5. **Główny Inspektor Sanitarny lub działający z jego upoważnienia państwowy wojewódzki inspektor sanitarny inny organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej może wydawać osobom prawnym, osobom fizycznym i jednostkom organizacyjnym nieposiadającym osobowości prawnej, w szczególności podmiotom wykonującym działalność leczniczą, pracodawcom, podmiotom prowadzącym działalność w zakresie lotnictwa cywilnego, użytkownikom statków powietrznych, użytkownikom cywilnych statków powietrznych niewpisanych do rejestru statków powietrznych oraz zarządzającym lotniskami, o których mowa w art. 27 ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze (Dz. U. z 2019 r. poz. 1580 i 1495 oraz z 2020 r. poz. 284):**

1) decyzje nakładające obowiązek:

a) **podjęcia określonych czynności zapobiegawczych lub kontrolnych oraz żądać od nich informacji w tym zakresie,**

b) dystrybucji:

- produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych – w stosunku do hurtowni farmaceutycznych,
- środków ochrony osobistej – w stosunku do producentów, dystrybutorów lub importerów,
- **produktów biobójczych – w stosunku do podmiotu odpowiedzialnego lub posiadacza pozwolenia albo zezwolenia na handel równoległy, lub wytwórcy produktu biobójczego,**

c) **współdziałania z innymi organami administracji publicznej oraz organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej – w przypadku kierowania decyzji do podmiotów innych niż te organy,**

2) zalecenia i wytyczne określające sposób postępowania w trakcie realizacji zadań

– w przypadku stanu zagrożenia epidemicznego, stanu epidemii albo w razie niebezpieczeństwa szerzenia się zakażenia lub choroby zakaźnej, które może stanowić zagrożenie dla zdrowia publicznego, w szczególności wystąpienia choroby szczególnie niebezpiecznej lub wysoce zakaźnej, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

6. **Do decyzji, o których mowa w ust. 5 pkt 1, stosuje się przepisy ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 256), z zastrzeżeniem, że:**
- 1) **podlegają one natychmiastowemu wykonaniu z chwilą ich doręczenia, ustnego wydania lub ogłoszenia;**
 - 2) **nie wymagają uzasadnienia;**

- 3) mogą być w nagłych przypadkach wydawane ustnie, a następnie niezwłocznie potwierdzone na piśmie;
 - 4) odwołanie wnosi się w terminie 2 dni roboczych od dnia doręczenia, ogłoszenia lub potwierdzenia na piśmie decyzji wydanej ustnie;
 - 5) wniesione odwołanie podlega przekazaniu organowi odwoławczemu w terminie 1 dnia roboczego, a rozpatrzeniu – w terminie 5 dni roboczych od dnia doręczenia mu odwołania.
7. Zalecenia i wytyczne, o których mowa w ust. 5 pkt 2, są ogłaszane:
- 1) przez Głównego Inspektora Sanitarnego – poprzez umieszczenie w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu obsługującego Głównego Inspektora Sanitarnego;
 - 2) przez państwowego inspektora sanitarnego – poprzez umieszczenie w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu obsługującego państwowego inspektora;
 - 3) przez ministra właściwego do spraw zdrowia – za pośrednictwem jednostki podległej lub nadzorowanej właściwej w zakresie systemów informatycznych w ochronie zdrowia;
 - 4) przez wojewodę – w sposób zwyczajowo przyjęty na danym terenie;
 - 5) nieodpłatnie, przez podmiot mający prawo rozpowszechniania programów radiowych i telewizyjnych, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji (Dz. U. z 2019 r. poz. 361, 643, 1495 i 1655), w terminie wskazanym przez Głównego Inspektora Sanitarnego albo działającego z jego upoważnienia państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego;
 - 6) nieodpłatnie, przez redaktora naczelnego, o którym mowa w art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 26 stycznia 1984 r. – Prawo prasowe (Dz. U. z 2018 r. poz. 1914), w sposób i w terminie wskazanym przez Głównego Inspektora Sanitarnego albo działającego z jego upoważnienia państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego;
 - 7) nieodpłatnie, w środkach komunikacji publicznej, w sposób i w terminie wskazanym przez Głównego Inspektora Sanitarnego albo działającego z jego upoważnienia państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego.
8. Osoby przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej są obowiązane do stosowania się do zaleceń i wytycznych organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, o których mowa w ust. 5 pkt 2.
9. Minister właściwy do spraw zdrowia w zakresie działań prowadzonych w przypadku stanu zagrożenia epidemicznego, stanu epidemii albo w razie niebezpieczeństwa szerzenia się zakażenia lub choroby zakaźnej, które może stanowić zagrożenie dla zdrowia publicznego, w szczególności wystąpienia choroby szczególnie niebezpiecznej lub wysoce zakaźnej, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi może wydawać wiążące polecenia organom administracji rządowej, z wyjątkiem Rady Ministrów i Prezesa Rady Ministrów.

Wydawanie decyzji, zaleceń i wytycznych przez Głównego Inspektora Sanitarnego

Rozszerzeniu uległ katalog podmiotów uprawnionych do wydawania decyzji nakładających:

- 1) obowiązek podjęcia czynności zapobiegawczych lub kontrolnych,
 - 2) obowiązek dystrybucji,
 - 3) obowiązek współdziałania z innymi organami administracji publicznej oraz organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej.
- Do tej pory uprawnienia te posiadał Główny Inspektor Sanitarny oraz działający z jego upoważnienia państwowy wojewódzki inspektor sanitarny. W nowym stanie prawnym uprawniony do tego został Główny Inspektor Sanitarny oraz każdy organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej, o ile działa z upoważnienia Głównego Inspektora Sanitarnego.

Co więcej, organy te mogą wydawać decyzję o obowiązku dystrybucji produktów biobójczych (w tym dezynfekujących) w stosunku do podmiotu odpowiedzialnego lub posiadacza pozwolenia albo zezwolenia na handel równoległy, lub wytwórcy produktu biobójczego – do tej pory nie istniała kompetencja do wydawania decyzji tego typu. Powyższe decyzje podlegać będą natychmiastowemu wykonaniu z chwilą ich ustnego wydania.

2) Zmiany w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty

(tekst jedn. Dz. U. z 2020 r. poz. 514):

a) W art. 14a (**dotyczącym przystąpienia do LEK i LDEK**), po ustępie 5 dodano ust. 5a oraz ust. 6. Dla zwiększenia czytelności, przytoczone zostały także ustępy 2 i 5, które z nimi korespondują:

2. *LEK i LDEK odbywają się dwa razy do roku, równocześnie, zgodnie z regulaminem porządkowym LEK i LDEK, o którym mowa w art. 14f ust. 2, w miejscach i terminach ustalonych przez dyrektora CEM.*
5. *Osoba zamierzająca przystąpić do LEK albo LDEK składa do dyrektora CEM, za pomocą SMK, zgłoszenie do LEK albo LDEK, do dnia:*
 - 1) *15 lipca roku kalendarzowego, w którym jest przeprowadzany dany egzamin – w przypadku egzaminów wyznaczonych w okresie od dnia 1 września do dnia 30 września;*
 - 2) *30 listopada roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym jest przeprowadzany dany egzamin - w przypadku egzaminów wyznaczonych w okresie od dnia 1 lutego do dnia 28 lutego.*

5a. *W przypadku ogłoszenia **stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii minister właściwy do spraw zdrowia może zmienić terminy, o których mowa w ust. 2 i 5.** W przypadku nieustania okoliczności będących przyczyną zmiany terminów minister właściwy do spraw zdrowia dokonuje ponownej zmiany tych terminów, jednak **łączny okres przesunięcia danego terminu nie może być dłuższy niż 5 miesięcy.** Informację o zmianie tych terminów minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza na swojej stronie internetowej.*

6. *Do terminów, o których mowa w ust. 5 albo 5a, nie stosuje się przepisów art. 58–60 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 256). W przypadku awarii SMK trwającej dłużej niż godzinę, uniemożliwiającej dokonanie zgłoszenia w okresie tygodnia przed upływem terminów, o których mowa w ust. 5 albo 5a, termin ten przedłuża się o czas trwania awarii. Przedłużenie następuje z urzędu przez operatora systemu.*

Przesunięcie terminów egzaminów

W przypadku ogłoszenia epidemii Ministrowi Zdrowia przyznano uprawnienie do zmiany terminów lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego, a także terminów na składanie wniosków o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego oraz terminu państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. **Przedłużenie może nastąpić łącznie na okres nieprzekraczający 5 miesięcy.** Informację o zmianie tych terminów Minister zdrowia ogłasza na swojej stronie internetowej.

b) W art. 15 (dotyczącym stażu podyplomowego), po ustępie 8 dodano ust. 8a-8d:

8a. W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii lekarz stażysta może zostać skierowany przez:

- 1) wojewodę do pracy przy zwalczaniu epidemii na podstawie art. 47 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239 i 1495 oraz z 2020 r. poz. 284, 322 i 374) do podmiotu, w którym odbywa staż albo do innego podmiotu, albo**
- 2) pracodawcę do realizacji innych zadań niż wynikające z umowy, o której mowa w ust. 3d, jeżeli nie zostanie wydana decyzja, o której mowa w pkt 1.**

8b. Zadania, o których mowa w ust. 8a, muszą być dostosowane do poziomu wiedzy i umiejętności kierowanego lekarza stażysty oraz podlegać nadzorowi i kierownictwu lekarza specjalisty wyznaczonego przez kierownika jednostki, do której został skierowany lekarz stażysta.

8c. Na wniosek lekarza stażysty minister właściwy do spraw zdrowia może uznać, w drodze decyzji, okres, w którym lekarz ten nie realizował programu stażu podyplomowego, za równoważny z realizowaniem tego programu, jeżeli realizował w tym czasie zadania wyznaczone na podstawie ust. 8a.

8d. Przepisy ust. 8a–8c stosuje się odpowiednio do lekarza stażysty powołanego do zawodowej służby wojskowej.

c) W art. 16c (dotyczącym szkolenia specjalizacyjnego), po ustępie 1b dodano ust. 1c:

1c. W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii minister właściwy do spraw zdrowia może zmienić terminy, o których mowa w ust. 1a [dotyczy terminów na złożenie wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w wybranej dziedzinie medycyny oraz terminów postępowania kwalifikacyjnego – przyp. red. Serwisu]. W przypadku nieustania okoliczności będących przyczyną zmiany terminów minister właściwy do spraw zdrowia dokonuje ponownej zmiany tych terminów, jednak łączny okres przesunięcia danego terminu nie może być dłuższy niż 5 miesięcy. Do tych terminów nie stosuje się przepisów art. 58–60 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego. Informację o zmianie tych terminów minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza na swojej stronie internetowej.

d) W art. 16m (w zakresie dotyczącym skierowania lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne do pracy przy zwalczaniu epidemii lub do realizacji innych zadań niż wynikające z umowy), dodano ust. 15-19:

15. W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne może zostać skierowany przez:

- 1) wojewodę do pracy przy zwalczaniu epidemii na podstawie art. 47 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi do podmiotu, w którym odbywa szkolenie specjalizacyjne albo do innego podmiotu, albo**
- 2) pracodawcę do realizacji innych zadań niż wynikające z umowy, na podstawie której odbywa szkolenie specjalizacyjne, jeżeli nie zostanie wydana decyzja, o której mowa w pkt 1.**

16. Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne, który został skierowany na podstawie ust. 15 do wykonywania pracy innej niż wynikająca z umowy, na podstawie której odbywa szkolenie specjalizacyjne, wykonuje pracę pod nadzorem lekarza specjalisty wyznaczonego

przez kierownika jednostki, do której został skierowany. Lekarz specjalista nadzorujący pracę lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego nabywa odpowiednie uprawnienia kierownika specjalizacji, o których mowa w ust. 7.

17. *Na wniosek lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne dyrektor CMKP może uznać, w drodze decyzji, okres, w którym lekarz ten nie realizował programu specjalizacji, za równoważny z realizowaniem tego programu, jeżeli w okresie tym realizował zadania, o których mowa w ust. 15.*
18. *Lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne, któremu odwołano kurs specjalizacyjny w związku ze stanem zagrożenia epidemicznego lub stanem epidemii, jest zwolniony z obowiązku realizacji tego kursu, jeżeli:*
 - 1) *realizacja tego kursu wymaga przedłużenia szkolenia specjalizacyjnego o okres dłuższy niż 3 miesiące oraz*
 - 2) *zrealizował wszystkie inne kursy objęte programem specjalizacji.*
19. *Przepisy ust. 15–18 stosuje się odpowiednio do lekarza będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej.*

e) W art. 16rb (dotyczącym wniosku o przystąpienie do PES), dodano ust. 7:

7. W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii minister właściwy do spraw zdrowia może zmienić terminy, o których mowa w ust. 5 [dotyczy terminów na złożenie wniosku o przystąpienie do PES – przyp. red. Serwisu]. W przypadku nieustania okoliczności będących przyczyną zmiany terminów minister właściwy do spraw zdrowia dokonuje ponownej zmiany tych terminów, jednak łączny okres przesunięcia danego terminu nie może być dłuższy niż 5 miesięcy. Do tych terminów nie stosuje się przepisów art. 58–60 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego. Informację o zmianie tych terminów minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza na swojej stronie internetowej.

Kierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii

Wojewodzie przyznano uprawnienie do kierowania lekarzy stażystów oraz lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne do pracy przy zwalczaniu epidemii. Jeżeli wojewoda nie wyda takiego polecenia, lekarz stażysta lub lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne może zostać skierowany przez pracodawcę do wykonywania zadań innych, aniżeli wynikające z zawartej umowy o pracę. Wyznaczone zadania muszą odpowiadać poziomowi wiedzy takiego lekarza i podlegać nadzorowi lekarza specjalisty.

Uznanie programu szkolenia specjalizacyjnego i stażu za zrealizowany

Lekarz stażysta może wnosić o uznanie przez Ministra Zdrowia, że wykonanie polecenia Wojewody jest równoznaczne ze zrealizowaniem programu stażu, zaś lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne może wnieść analogiczny wniosek do dyrektora CMKP.

Odwołanie kursów, przedłużenie okresu specjalizacji

Jeżeli z uwagi na ogłoszenie epidemii odwołany zostanie kurs specjalizacyjny, lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne będzie zwolniony z obowiązku jego odbycia, jeżeli zrealizował wszystkie pozostałe kursy, zaś przedłużenie szkolenia następowałoby na okres ponad 3 miesiące.

3) Zmiany w ustawie z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tekst jedn.

Dz. U. z 2019 r. poz. 499 ze zm.):

a) dodany specustawą art. 85a został znowelizowany, w następujący sposób:

1. *Hurtownie farmaceutyczne są obowiązane do zbywania produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, określonych w wykazie, o którym mowa w ust. 3, wyłącznie do innych hurtowni farmaceutycznych, aptek, punktów aptecznych oraz zakładów leczniczych podmiotów leczniczych, działających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.*
2. ~~Producenci lub importerzy wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego~~ **Wytwórcy, autoryzowani przedstawiciele, dystrybutorzy i importerzy wyrobów medycznych** oraz producenci i importerzy środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego są obowiązani do zbywania wyrobów lub środków określonych w wykazie, o którym mowa w ust. 3, wyłącznie do hurtowni farmaceutycznych działających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
3. ~~Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza, w drodze obwieszczenia, wykaz produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, które mogą być zbywane przez hurtownię farmaceutyczną wyłącznie do aptek, punktów aptecznych oraz zakładów leczniczych podmiotów leczniczych~~ **zbywane zgodnie z ust. 1 lub 2.**
4. **Przepisów ust. 1–3 nie stosuje się do tworzenia albo odtwarzania rezerw strategicznych.**
5. **Minister właściwy do spraw zdrowia może wyrazić zgodę na zbywanie przez podmioty wymienione w ust. 1 i 2 produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, określonych w wykazie, o którym mowa w ust. 3, na rzecz innego podmiotu niż hurtownia farmaceutyczna, apteka, punkt apteczny lub zakład leczniczy podmiotu leczniczego.**

b) W art. 96a, w ustępie 1 (katalog informacji widniejących na receptce) uchylony został punkt 7, który odnosił się do recept *pro auctore* i *pro familiae*. Uchylony punkt nakładał obowiązek uwzględnienia na receptce stosownego oznaczenia, wskazującego dla kogo jest ona wystawiona.

4) Zmiany 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.):

a) W art. 2, po punkcie 11 dodany został pkt 11a, stanowiący definicję **izolacji w warunkach domowych**:

izolacja w warunkach domowych – odosobnienie osoby chorej z przebiegiem choroby zakaźnej niewymagającej bezwzględnej hospitalizacji ze względów medycznych w jej miejscu zamieszkania lub pobytu, w celu zapobieżenia szerzenia się chorób szczególnie niebezpiecznych i wysoce zakaźnych;

b) **Usunięta została definicja miejsca kwarantanny**, zawarta w art. 2 pkt 40.

- c) Do zawartego w art. 5 ust. 1 katalogu obowiązków w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń lub chorób zakaźnych, w punkcie 1 **dodany został obowiązek poddawania się (na zasadach określonych w ustawie) izolacji w warunkach domowych.**
- d) Zmianie uległo brzmienie art. 27 ust. 1, dotyczącego **ciążącego na lekarzu oraz felczerze obowiązku zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu.** Przepis w znowelizowanej wersji brzmi w sposób następujący:

Lekarz lub felczer, który podejrzewa lub rozpoznaje zakażenie, chorobę zakaźną lub zgon z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, określone na podstawie ust. 9 pkt 1, jest obowiązany do zgłoszenia tego faktu właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu określonym na podstawie ust. 9 pkt 2. Zgłoszenia dokonuje się niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin od chwili powzięcia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, chyba że ze względu na rodzaj zakażenia lub choroby zakaźnej właściwy państwowy inspektor sanitarny postanowi inaczej.

- e) W art. 29 zmieniono ust. 1 i 7 oraz dodano ust. 3a:

1. *Diagnosta laboratoryjny lub inna osoba uprawniona do samodzielnego wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej, w przypadku ~~uzyskania dodatniego wyniku~~ **wykonania** badania w kierunku biologicznego czynnika chorobotwórczego zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ust. 7 pkt 1, są obowiązani **w przypadkach określonych w tych przepisach** do zgłoszenia ~~tego faktu~~ **wyniku tego badania** właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu określonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ust. 7 pkt 2. Zgłoszenia dokonuje się niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin od ~~chwili~~ **momentu** uzyskania wyniku.*

3a. W przypadkach określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 7 pkt 1 do zgłoszenia dołącza się kopie sprawozdania z badania laboratoryjnego. W takim przypadku formularz zgłoszenia nie zawiera danych, które są zawarte w sprawozdaniu z badania laboratoryjnego, z wyjątkiem danych niezbędnych dla elektronicznego łączenia danych o przypadkach w rejestrze, o którym mowa w art. 30 ust. 1 [rejestr chorób zakaźnych – przyp. red. Serwisu].

7. *Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:*
- 1) *biologiczne czynniki chorobotwórcze podlegające obowiązkowi zgłoszenia, o którym mowa w ust. 1, oraz przesłanki dokonywania zgłoszeń, **z uwzględnieniem zgłoszeń wyników dodatnich i ujemnych,***
 - 2) *sposób dokonywania zgłoszeń ~~dodatnich~~ wyników badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych oraz właściwych państwowych inspektorów sanitarnych, którym są przekazywane te zgłoszenia,*
 - 3) *wzory formularzy zgłoszeń ~~dodatnich~~ wyników badania w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych*
 - *uwzględniając stopień zagrożenia czynnikami chorobotwórczymi, konieczność ochrony danych osobowych oraz stworzenia rozwiązań umożliwiających prowadzenie skutecznego nadzoru epidemiologicznego.*

Zgłaszanie wyników badań

Diagnosta laboratoryjny lub inna osoba uprawniona do samodzielnego wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej ma obowiązek zgłaszania nie tylko pozytywnych, ale także negatywnych

wyników badań, w przypadku wybranych patogenów, dołączając do zgłoszenia kopię sprawozdania z badania laboratoryjnego. Wykaz patogenów zostanie ustalony w rozporządzeniu, wydanym przez Ministra Zdrowia.

f) Artykuł 34 (uprzednio znowelizowany specustawą), znowelizowano w następujący sposób:

1. W celu zapobiegania szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, osoby chore na chorobę zakaźną albo osoby podejrzane o zachorowanie na chorobę zakaźną mogą podlegać obowiązkowej hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych.
2. Osoby zdrowe, które pozostawały w styczności z osobami chorymi na choroby zakaźne Osoby, które były narażone na chorobę zakaźną lub pozostawały w styczności ze źródłem biologicznego czynnika chorobotwórczego, a nie wykazują objawów chorobowych, podlegają obowiązkowej kwarantannie lub nadzorowi epidemiologicznemu, jeżeli tak postanowią organy inspekcji sanitarnej przez okres nie dłuższy niż 21 dni, licząc od ostatniego dnia styczności dnia następującego po ostatnim dniu odpowiednio narażenia lub styczności.
3. Obowiązkowa kwarantanna lub nadzór epidemiologiczny, o których mowa w ust. 2, mogą być stosowane wobec tej samej osoby więcej niż raz, do czasu stwierdzenia braku zagrożenia dla zdrowia lub życia ludzkiego.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:
 - 1) wykaz chorób powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, o którym mowa w ust. 1,
 - 2) obowiązki lekarza lub felczera w przypadku podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej powodujących powstanie obowiązku, o którym mowa w ust. 1,
 - 3) organ, któremu jest przekazywana informacja o skierowaniu do szpitala osób podlegających obowiązkowi, o którym mowa w ust. 1,
 - 4) obowiązki szpitala w przypadku samowolnego opuszczenia szpitala przez osobę podlegającą obowiązkowi, o którym mowa w ust. 1– mając na względzie potrzebę zapobiegania i zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz ochrony zdrowia publicznego.

Zakazuje się opuszczania miejsca:

- 1) izolacji lub izolacji w warunkach domowych,
 - 2) kwarantanny
- chyba, że odpowiednio dana osoba wymaga hospitalizacji albo organ inspekcji sanitarnej postanowi inaczej.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wykaz chorób powodujących powstanie obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego u osób, o których mowa w ust. 2, oraz okres obowiązkowej kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego, mając na względzie potrzebę nadzoru epidemiologicznego oraz ochrony zdrowia publicznego.

Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) choroby zakaźne powodujące powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych,
- 2) obowiązki lekarza lub felczera w przypadku podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych,
- 3) organ, któremu jest przekazywana informacja o obowiązkowej hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych danej osoby,
- 4) obowiązki szpitala w przypadku samowolnego opuszczenia szpitala przez osobę podlegającą obowiązkowej hospitalizacji,

- 5) choroby zakaźne powodujące powstanie obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego u osób, o których mowa w ust. 2, oraz okresy obowiązkowej kwarantanny
- mając na względzie rodzaj biologicznego czynnika chorobotwórczego lub choroby zakaźnej oraz potrzebę zapobiegania i zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz ochrony zdrowia publicznego.

Izolacja w warunkach domowych

Wprowadzona została instytucja izolacji w warunkach domowych, która może być zastosowana przez władze publiczne w przypadku osób o lekkim przebiegu choroby, który nie uzasadnia bezwzględnej hospitalizacji ze względów medycznych. Opuszczenie miejsca izolacji w warunkach domowych jest niedopuszczalne.

g) W art. 35 zmieniono ust. 1 i 2. Przepis w całości brzmi w sposób następujący:

~~1. W przypadku podejrzenia lub rozpoznania zachorowania na chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną lekarz przyjmujący do szpitala, miejsca izolacji lub odbywania kwarantanny, kierując się własną oceną stopnia zagrożenia dla zdrowia publicznego, poddaje osobę podejrzaną o zachorowanie, chorą na chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną lub osobę narażoną na zakażenie hospitalizacji, izolacji lub kwarantannie oraz badaniom, również w przypadku gdy brak jest decyzji, o której mowa w art. 33 ust. 1, a osoba podejrzana o zachorowanie, chora lub narażona na zakażenie nie wyraża zgody na hospitalizację, izolację, kwarantannę lub wykonanie badania.~~

W przypadku podejrzenia lub rozpoznania zachorowania na chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną, lekarz przyjmujący do szpitala, miejsca odbywania kwarantanny kierujący do izolacji, kwarantanny lub zlecający izolację w warunkach domowych, kierując się własną oceną stopnia zagrożenia dla zdrowia publicznego, poddaje osobę podejrzaną o zachorowanie, chorą na chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną lub osobę narażoną na zakażenie hospitalizacji, izolacji, kwarantannie, badaniom lub zleca izolację w warunkach domowych, również w przypadku, gdy brak jest decyzji, o której mowa w art. 33 ust. 1, a osoba podejrzana o zachorowanie, chora lub narażona na zakażenie nie wyraża zgody na hospitalizację, izolację, kwarantannę, wykonanie badania lub izolację w warunkach domowych.

~~2. O przyjęciu do szpitala albo skierowaniu do izolacji, kwarantanny lub zleceniu izolacji w warunkach domowych, osoby, o której mowa w ust. 1, lekarz przyjmujący do szpitala, kierujący do izolacji, kwarantanny lub zlecający izolację w warunkach domowych, jest obowiązany niezwłocznie zawiadomić państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla szpitala, miejsca izolacji, odbywania kwarantanny lub izolacji w warunkach domowych.~~

O przyjęciu do szpitala osoby, o której mowa w ust. 1, lekarz przyjmujący do szpitala, miejsca izolacji lub odbywania kwarantanny, jest obowiązany niezwłocznie zawiadomić państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla szpitala, miejsca izolacji lub odbywania kwarantanny.

3. Zawiadomienie, o którym mowa w ust. 2, obejmuje przekazanie danych osobowych, o których mowa w art. 27 ust. 4.
4. Lekarz, o którym mowa w ust. 2, jest obowiązany poinformować osobę podejrzaną o zachorowanie, chorą lub narażoną na zakażenie i jej osoby najbliższe o przesłankach

uzasadniających podjęte działania oraz dokonać odpowiedniego wpisu w dokumentacji medycznej.

h) W art. 36 zmieniono ust. 1, rozszerzając katalog okoliczności w których możliwe jest zastosowanie środka przymusu bezpośredniego, o odmowę poddania się obowiązkowej hospitalizacji:

1. *Wobec osoby, która nie poddaje się obowiązkowi szczepienia, badaniom sanitarno-epidemiologicznym, zabiegom sanitarnym, kwarantannie lub izolacji obowiązkowej hospitalizacji, a u której podejrzewa się lub rozpoznano chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną, stanowiącą bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia innych osób, może być zastosowany środek przymusu bezpośredniego polegający na przytrzymywaniu, unieruchomieniu lub przymusowym podaniu leków.*

i) Po art. 40 dodany został art. 40a, nakładający na podmioty lecznicze, w których lekarz sprawuje opiekę nad osobą zakażoną lub chorą na chorobę zakaźną określoną w odrębnych przepisach (albo osobą podejrzaną o takie zakażenie lub zachorowanie), obowiązek przekazania danych o wyniku leczenia lub o wykluczeniu nosicielstwa u ozdowieńca do właściwego państwowego powiatowego inspektora sanitarnego:

1. **Podmiot leczniczy, w którym lekarz sprawuje opiekę medyczną nad osobą zakażoną lub chorą na chorobę zakaźną określoną w przepisach wydanych na podstawie ust. 3 pkt 1 albo osobą podejrzaną o takie zakażenie lub zachorowanie, przekazuje do właściwego państwowego powiatowego inspektora sanitarnego dane o wynikach leczenia lub o wykluczeniu nosicielstwa u ozdowieńca.**

2. *Przekazaniu podlegają wyłącznie dane spośród wymienionych w art. 30 ust. 2 w zakresie, w jakim są one niezbędne dla zapobiegania i zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych.*

3. *Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:*

1) *wykaz zakażeń i chorób zakaźnych, o których mowa w ust. 1,*

2) *zakres danych spośród wymienionych w art. 30 ust. 2, okoliczności, termin i sposób ich przekazywania,*

3) *właściwość państwowego inspektora sanitarnego w zakresie otrzymania danych na podstawie ust. 1*

– *w celu zapewnienia skuteczności zapobiegania tym chorobom zakaźnym i zakażeniom i ich zwalczania, zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej, oraz porównywalności informacji zbieranych w krajowym i międzynarodowym nadzorze epidemiologicznym.*

j) Po art. 46b dodany został art. 46ba, którym nadano Ministrowi Zdrowia uprawnienie do wydania rozporządzenia określającego uproszczone zasady prowadzenia dokumentacji medycznej, obowiązujące w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub epidemii. Rozporządzenie w powyższym przedmiocie nie zostało dotychczas wydane. Przepis stanowi, że:

W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, uproszczone rodzaje i zakres dokumentacji medycznej, uproszczony sposób jej przetwarzania oraz skrócony okres

przechowywania, obowiązujące od dnia ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, uwzględniając konieczność szybkiego i skutecznego podejmowania działań zapobiegających szerezeniu się epidemii oraz ochrony danych i informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta.

- k) Zmianie uległa treść art. 47, dotyczącego **kierowania do pracy niosącej ryzyko zakażenia przy zwalczaniu epidemii**, w zakresie ust. 3 i 10. Ponadto, w artykule tym dodane zostały ust. 3a oraz 6a. Poniżej przytoczono ich treść:

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

- 1) osoby, które nie ukończyły 18 lat bądź ukończyły 60 lat;
- 2) ~~kobiety w ciąży lub osoby wychowujące dzieci w wieku do 18 lat, w tym osoby wychowujące samotnie dzieci do lat 18; kobiety w ciąży;~~
 - 2a) osoby samotnie wychowujące dziecko w wieku do 18 lat;
 - 2b) osoby wychowujące dziecko w wieku do 14 lat;
 - 2c) osoby wychowujące dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego;
- 3) osoby, u których orzeczono częściową lub całkowitą niezdolność do pracy;
- 4) inwalidzi i osoby z orzeczonymi chorobami przewlekłymi;
- 5) osoby, o których mowa w art. 2 ustawy z dnia 31 lipca 1981 r. o wynagrodzeniu osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe (Dz. U. z 2019 r. poz. 152), oraz posłowie i senatorowie Rzeczypospolitej Polskiej.

3a. W przypadku gdy dziecko w wieku powyżej 14 lat jest wychowywane przez dwoje osób, którym przysługuje władza rodzicielska, do pracy przy zwalczaniu epidemii może zostać skierowana **wyłącznie jedna z nich**.

6a. Decyzje, o których mowa w ust. 4 [o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii – przyp. red. Serwisu]:

- 1) mogą być przekazywane w każdy możliwy sposób zapewniający dotarcie decyzji do adresata, w tym ustnie;
- 2) nie wymagają uzasadnienia;
- 3) przekazane w sposób inny niż na piśmie, są następnie doręczane na piśmie po ustaniu przyczyn uniemożliwiających doręczenie w ten sposób.

10. Osobie skierowanej do pracy na podstawie decyzji, o której mowa w ust. 2, przysługuje **wyłącznie** wynagrodzenie zasadnicze w wysokości nie niższej niż 150% przeciętnego wynagrodzenia zasadniczego przewidzianego na danym stanowisku pracy w zakładzie wskazanym w tej decyzji lub w innym podobnym zakładzie, jeżeli w zakładzie wskazanym nie ma takiego stanowiska. Wynagrodzenie nie może być niższe niż wynagrodzenie, które osoba skierowana do pracy przy zwalczaniu epidemii otrzymała w miesiącu poprzedzającym miesiąc, w którym wydana została decyzja o skierowaniu jej do pracy przy zwalczaniu epidemii.

- l) Po art. 47, dodany został art. 47a, zgodnie z którym:

W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, przepisy art. 95-99 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295) stosuje się do pracowników wykonujących zawód medyczny w rozumieniu art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych

pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1471 i 1565) zatrudnionych w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń przez całą dobę.

Rozszerzenie kręgu osób wykonujących dyżury medyczne i mogących podpisać klauzule *opt-out*

Regulacje dotyczące wykonywania dyżurów medycznych, wykonywania pracy przez czas ponad 48 godzin tygodniowo (*opt-out*) oraz ustanawiania równoważnego czasu pracy w wydłużonym okresie rozliczeniowym oraz regulacje dotyczące pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń, znajdują na gruncie nowelizacji zastosowanie nie tylko do osób wykonujących zawody medyczne i posiadających wyższe wykształcenie, ale do wszystkich pracowników działalności podstawowej podmiotów leczniczych, w tym w szczególności do osób, które nie posiadają wyższego wykształcenia.

5) Zmiany w ustawie z dnia z dnia 9 listopada 2018 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej i niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2018 r. poz. 2219):

Na podstawie art. 13 ustawy o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, **do dnia 30 kwietnia 2020 r. przedłużono okres obowiązywania aktów wykonawczych, które w oparciu o dotychczas obowiązujące przepisy uległyby uchyleniu z dniem 1 kwietnia 2020 r.** Zmieniono w ten sposób art. 8 ustawy z dnia 9 listopada 2018 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej i niektórych innych ustaw.

Przedłużenie okresu obowiązywania dotyczy rozporządzeń Ministra Zdrowia z dnia:

- 26 marca 2019 roku w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
- **29 kwietnia 2019 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą;**
- 29 marca 2019 roku w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru;
- **z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania** [w dniu 14 kwietnia 2020 r. wydane zostało nowe rozporządzenie w tym przedmiocie, które weszło w życie w dniu 15 kwietnia 2020 r. – przyp. red. Serwisu];

oraz rozporządzeń:

- Ministra Obrony Narodowej z dnia 25 kwietnia 2018 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej oraz sposobu jej przetwarzania,

- Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 25 lutego 2016 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych,
- Ministra Sprawiedliwości z dnia 26 lutego 2016 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej prowadzonej w podmiotach leczniczych dla osób pozbawionych wolności oraz sposobu jej przetwarzania.

Przepis nowelizacji stanowi, że:

Dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 22 ust. 3, art. 25 ust. 5 i art. 105 ust. 4 ustawy zmienianej w art. 1 oraz art. 30 ust. 1 i 2 ustawy zmienianej w art. 3 zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych odpowiednio na podstawie art. 22 ust. 3, art. 25 ust. 5 i art. 105 ust. 4 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, oraz art. 30 ust. 1 i 2 ustawy zmienianej w art. 3, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jednak nie dłużej niż do dnia 30 kwietnia 2020 r.

Pełny tekst ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, dostępny jest pod adresem: <http://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2020/374> .

Pełny tekst ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, dostępny jest pod adresem: <http://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2020/567> .

Pełny tekst ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw, dostępny jest pod adresem: <http://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2020/568> .

Pełne teksty zmienianych ustaw, które wymienione zostały powyżej, dostępne są pod następującymi adresami www (w większości przypadków dostępne są teksty ujednolicone, które nie uwzględniają jednak powyższych zmian):

- 1) Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19850120049> ;
- 2) Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19970280152> ;
- 3) Ustawa z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20011261381> ;
- 4) Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20082341570> ;
- 5) Ustawa z dnia 9 listopada 2018 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180002219> .

**[AKTUALIZACJA z 17 kwietnia 2020 r.] Rozporządzenie Rady Ministrów
w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku
z wystąpieniem stanu epidemii**

W dniu 10 kwietnia 2020 r. w Dzienniku Ustaw RP ogłoszone zostało **nowe rozporządzenie Rady Ministrów z tego samego dnia, w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii** (Dz. U. poz. 658). Weszło ono w życie z dniem ogłoszenia.

Powyższym rozporządzeniem uchylono poprzedzające je rozporządzenie w tym samym przedmiocie, z dnia 31 marca 2020 r. (Dz. U. poz. 566).

Wspomnieć w tym miejscu należy, że w dniu 31 marca 2020 r. ogłoszone zostało **rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii** (Dz. U. poz. 565) – zwane dalej **nowelizacją**. Na podstawie tej nowelizacji, uchylone zostały rozdziały 2-6 rozporządzenia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. poz. 491 ze zm.). Tym samym, znowelizowane rozporządzenie z dnia 20 marca 2020 r., stanowi obecnie wyłącznie podstawę prawną obowiązywania na terenie kraju stanu epidemii (poprzez pozostawienie § 1, zgodnie z którym: ***W okresie od dnia 20 marca 2020 r. do odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej ogłasza się stan epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2.***)

Część „merytoryczna” powyższego rozporządzenia (z dnia 20 marca 2020 r.), w wersji zmienionej, umieszczona została początkowo w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (które jak wspomniano na wstępie, obecnie zastąpione zostało z kolei rozporządzeniem z dnia 10 kwietnia 2020 r.). Jednocześnie wskazać należy, że zgodnie z § 2 nowelizacji:

Decyzje, polecenia, wytyczne i zalecenia wydane przed dniem 1 kwietnia 2020 r. w związku z ogłoszeniem stanu epidemii na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii zachowują ważność i mogą być zmieniane na podstawie przepisów dotychczasowych.

Poniżej przytoczone zostały najbardziej istotne regulacje prawne wynikające z aktualnego rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (z dnia 10 kwietnia 2020 r.) – zwanego dalej *rozporządzeniem ws. ograniczeń*.

Kolorem turkusowym oznaczone zostały zmiany, które w międzyczasie wprowadzono nowelizacją tego rozporządzenia z dnia 15 kwietnia 2020 r. (która weszła w życie tego samego dnia) – Dz. U. poz. 673.

- 1) W § 2 ust. 11 przewidziano uprawnienie dla właściwego państwowego inspektora sanitarnego lub innego upoważnionego przez Głównego Inspektora Sanitarnego państwowego inspektora sanitarnego, **do podjęcia w uzasadnionych przypadkach decyzji o skróceniu lub zwolnieniu z obowiązku odbycia kwarantanny osoby, u której obowiązek taki powstał ze względu na występującą u niej chorobę**, uwzględnioną w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu chorób powodujących powstanie obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego oraz okresu obowiązkowej kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego:

11. Państwowy inspektor sanitarny właściwy ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu, w których ma być obowiązkowa kwarantanna, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 34 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, lub inny upoważniony przez Głównego Inspektora Sanitarnego państwowy inspektor sanitarny, w uzasadnionych przypadkach decyduje o skróceniu lub zwolnieniu z obowiązku jej odbycia.

- 2) W § 5 ustanowiono **zakaz przemieszczania się na obszarze kraju:**

Do dnia 19 kwietnia 2020 r. zakazuje się na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej przemieszczania się osób przebywających na tym obszarze, z wyjątkiem przemieszczania się danej osoby w celu:

- 1) **wykonywania czynności zawodowych lub zadań służbowych, lub pozarolniczej działalności gospodarczej, lub prowadzenia działalności rolniczej lub prac w gospodarstwie rolnym, lub realizacji zadań mających na celu ochronę i zabezpieczenie upraw i plodów rolnych przed szkodami wyrządzanymi przez zwierzynę lub przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych zwierząt, oraz zakupu towarów i usług z tym związanych;**
- 2) *zaspokajania niezbędnych potrzeb związanych z bieżącymi sprawami życia codziennego, w tym uzyskania opieki zdrowotnej lub psychologicznej, tej osoby, osoby jej najbliższej w rozumieniu art. 115 § 11 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2019 r. poz. 1950 i 2128 oraz z 2020 r. poz. 568) [mowa o małżonku, wstępnym, zstępnym, rodzeństwie, powinowatym w tej samej linii lub stopniu, osobie pozostającej w stosunku przysposobienia oraz jej małżonku, a także osobie pozostającej we wspólnym pożyciu – przyp. red. Serwisu], a jeżeli osoba przemieszczająca się pozostaje we wspólnym pożyciu z inną osobą – także osoby najbliższej osobie pozostającej we wspólnym pożyciu, oraz zakupu towarów i usług z tym związanych;*
- 3) **wykonywania ochotniczo i bez wynagrodzenia świadczeń na rzecz przeciwdziałania skutkom COVID-19, w tym w ramach wolontariatu;**
- 4) *sprawowania lub uczestniczenia w sprawowaniu kultu religijnego, w tym czynności lub obrzędów religijnych.*

- 3) W § 6 ust. 1 zawarty został **zakaz wywozu oraz zbywania z terytorium kraju respiratorów oraz kardiomonitorów**. Przepis stanowi, że:

Zakazuje się do odwołania wywozu lub zbywania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej :

- 1) *respiratorów;*
- 2) *kardiomonitorów, chyba że wojewoda właściwy ze względu na siedzibę wytwórcy, importera lub dystrybutora wyrazi, na wniosek wytwórcy importera lub dystrybutora, po zasięgnięciu*

opinii konsultanta krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, zgodę na ten wywóz lub zbycie.

4) W § 10 ustanowiono czasowe ograniczenie prowadzenia określonych rodzajów działalności leczniczej. Przepis w całości stanowi, że:

Do odwołań ustanawia się czasowe ograniczenie wykonywania działalności leczniczej polegające na zaprzestaniu:

- 1) udzielania świadczeń **w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego**, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1056, z 2019 r. poz. 1815 oraz z 2020 r. poz. 284);
- 2) udzielania świadczeń opieki zdrowotnej **z zakresu rehabilitacji leczniczej, z wyjątkiem przypadków, w których zaprzestanie rehabilitacji grozi poważnym pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta, oraz z wyjątkiem:**
 - a) świadczeń udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w tym obejmujących kardiologiczną telerehabilitację hybrydową,
 - b) świadczeń stacjonarnych w rozumieniu przepisów wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.), udzielanych pacjentom w ramach ciągłości i kontynuacji leczenia, przeniesionych bezpośrednio z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby, w rozumieniu tych przepisów;

[*ograniczenia nie stosuje się do działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielanych w warunkach stacjonarnych, rozpoczętych najpóźniej w dniu 1 kwietnia 2020 r., do dnia zakończenia udzielania tych świadczeń – przyp. red. Serwisu. Podstawa to § 19 ust. 3 pkt 1 analizowanego rozporządzenia]

- 3) udzielania świadczeń zdrowotnych **z zakresu programów zdrowotnych** w rozumieniu przepisów wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, **w pojazdach (pracowni mobilnej);**

[*ograniczenie stosuje się od dnia 1 kwietnia 2020 r. – przyp. red. Serwisu. Podstawa to § 19 ust. 3 pkt 2 analizowanego rozporządzenia]

- 4) udzielania świadczenia zdrowotnego **z zakresu leczenia stomatologicznego w pojazdach (dentobusach), z wyjątkiem świadczeń udzielanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, przez podmioty wykonujące działalność leczniczą wpisane do wykazu**, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374, 567 i 568);
- 5) **sprawowania opieki stomatologicznej w rozumieniu ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. poz. 1078).**

- 5) W § 11 zawarta została regulacja dotycząca potwierdzania tożsamości świadczeniobiorców w przypadku udzielania świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, a także zmodyfikowano (w zakresie terminów) obowiązek dostarczenia świadczeniodawcy oryginału skierowania dotyczącego świadczenia opieki zdrowotnej udzielanego na jego podstawie (w związku z wpisem na listę oczekujących). Ponadto uregulowano w nim kwestię przywrócenia świadczeniobiorcy na listę oczekujących w sytuacji, gdy został on z niej skreślony**

w związku z nie zgłoszeniem się na ustalony termin udzielenia świadczenie w okresie stanu epidemii (ust. 5), a także alternatywnej treści dokumentu elektronicznego, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach (ust. 6). Przepis stanowi, że:

1. **Do odwołań podmioty udzielające świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności potwierdzają tożsamość świadczeniobiorcy, o którym mowa w art. 50 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na podstawie danych przekazanych przez tego świadczeniobiorcę za pośrednictwem tych systemów, w tym przez telefon.**
2. **W razie niepotwierdzenia prawa świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób określony w art. 50 ust. 1 lub 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, świadczeniobiorca może złożyć oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów, o których mowa w ust. 1, w tym przez telefon. Przepisów art. 50 ust. 6, 8 i 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie stosuje się.**
3. **Wymóg, o którym mowa w art. 20 ust. 2a pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dostarczenia oryginału skierowania nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia wpisania na listę oczekujących na udzielenie świadczenia nie ma zastosowania do odwołania.**
4. **Świadczeniobiorca ma obowiązek dostarczyć świadczeniodawcy oryginał skierowania w terminie 21 dni od dnia odwołania stanu epidemii, jednakże nie później niż w dniu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej wykonywanego na podstawie tego skierowania.**
5. **Do odwołań świadczeniobiorca, który nie zgłosił się na ustalony termin udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej i został z tego powodu skreślony z listy, o której mowa w art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, podlega przywróceniu na tę listę bez konieczności uprawdopodobnienia, że niezgłoszenie się nastąpiło z powodu siły wyższej. Wniosek o przywrócenie na listę oczekujących, o którym mowa w art. 20 ust. 10f ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, świadczeniobiorca zgłasza nie później niż w terminie 14 dni od odwołania stanu epidemii.**
6. **Dokument elektroniczny, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, może zawierać dane inne niż wskazane w art. 50 ust. 5 tej ustawy, w szczególności informację o poddaniu świadczeniobiorcy kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.**

6) W § 12 umożliwiono wystawianie zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zleceń na ich naprawę, za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Przepis stanowi, że:

1. **Zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zlecenia naprawy, o których mowa w art. 38 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 357), mogą być**

wystawiane, do odwołania, za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

2. **W przypadku braku możliwości weryfikacji zleceń, o których mowa w ust. 1, i potwierdzenia posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych Narodowego Funduszu Zdrowia, weryfikacja i potwierdzenie mogą nastąpić, do odwołania, za pośrednictwem innych systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.**

7) W § 14 zawarto regulację dotyczącą zakazu organizowania zgromadzeń. Przepis stanowi, że:

1. **Do odwołania zakazuje się:**

- 1) *organizowania zgromadzeń w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 24 lipca 2015 r. – Prawo o zgromadzeniach [mowa w tym wypadku o zgrupowaniu osób na otwartej przestrzeni dostępnej dla nieokreślonych imiennie osób w określonym miejscu w celu odbycia wspólnych obrad lub w celu wspólnego wyrażenia stanowiska w sprawach publicznych – przyp. red. Serwisu] (Dz. U. z 2019 r. poz. 631);*
- 2) *innych niż określone w pkt 1 zgromadzeń organizowanych w ramach działalności kościołów i innych związków wyznaniowych oraz imprez, **spotkań i zebrań niezależnie od ich rodzaju, z wyłączeniem spotkań danej osoby z jej osobami najbliższymi w rozumieniu art. 115 § 11 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny lub z osobami najbliższymi osobie, z którą pozostaje we wspólnym pożyciu.***

2. **Ograniczenia, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, nie stosuje się do spotkań i zebrań związanych z wykonywaniem czynności zawodowych lub zadań służbowych, lub pozarolniczej działalności gospodarczej, lub prowadzeniem działalności rolniczej lub prac w gospodarstwie rolnym.**

8) Redakcja Serwisu osobno zwraca uwagę na § 15 rozporządzenia ws. ograniczeń, który **stanowi o obowiązku udostępnienia w celu zwalczania epidemii, nieruchomości, lokali i terenów, jeżeli są one przewidziane w wojewódzkim planie działania na wypadek wystąpienia epidemii.** W całości stanowi on, że:

1. **Do odwołania nakazuje się udostępnienie, w celu zwalczania epidemii, nieruchomości, lokali i terenów, jeżeli są one przewidziane w planie, o którym mowa w art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.**
2. **Wojewoda, na podstawie informacji uzyskanej od właściwego wojewódzkiego inspektora sanitarnego, informuje właściciela o obowiązku udostępnienia nieruchomości, lokalu i terenu.**

Mając na uwadze powyższe, wskazać w tym miejscu należy, iż wspomniany w cytowanym przepisie wojewódzki plan działania na wypadek wystąpienia epidemii, dotychczas obowiązujący na terenie województwa wielkopolskiego, dostępny jest na stronie internetowej Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu (wykaz nieruchomości, lokali i terenów stanowi załącznik nr 1 do planu), pod adresem:

<https://www.poznan.uw.gov.pl/wojewodzki-plan-dzialan-na-wypadek-wystapienia-epidemii> .

Należy podkreślić, iż przedmiotowy obowiązek udostępnienia nieruchomości, lokalu lub terenu w powyższym celu (wynikający z informacji przekazanej przez wojewodę),

możliwy jest do zrealizowania wyłącznie w sytuacji uwzględnienia danej nieruchomości w obowiązującym wojewódzkim planie działania na wypadek epidemii.

9) W ramach nowelizacji z dnia 15 kwietnia 2020 r., w § 18 uszczegółowiono obowiązek zakrywania ust i nosa. Przepis w całości stanowi, że:

1. **Od dnia 16 kwietnia 2020 r. do odwołania nakłada się obowiązek zakrywania, przy pomocy odzieży lub jej części, maski albo maseczki, ust i nosa:**

1) w środkach publicznego transportu zbiorowego w rozumieniu art. 4 ust. 1 pkt 14 ustawy z dnia 16 grudnia 2010 r. o publicznym transporcie zbiorowym oraz w pojazdach samochodowych, którymi poruszają się osoby niezamieszkujące lub niegospodarujące wspólnie;

2) **w miejscach ogólnodostępnych, w tym:**

a) na drogach i placach,

b) **w zakładach pracy oraz w budynkach użyteczności publicznej przeznaczonych na potrzeby:** administracji publicznej, wymiaru sprawiedliwości, kultury, kultu religijnego, oświaty, szkolnictwa wyższego, nauki, wychowania, **opieki zdrowotnej, społecznej lub socjalnej, obsługi bankowej, handlu, gastronomii, usług, w tym usług pocztowych lub telekomunikacyjnych, turystyki, sportu, obsługi pasażerów w transporcie kolejowym, drogowym, lotniczym, morskim lub wodnym śródlądowym; za budynek użyteczności publicznej uznaje się także budynek biurowy lub socjalny,**

c) w obiektach handlowych lub usługowych, placówkach handlowych lub usługowych i na targowiskach (straganach),

d) na terenie nieruchomości wspólnych w rozumieniu art. 3ust. 2 ustawy z dnia 24 czerwca 1994 r. o własności lokali (Dz. U. z 2020 r. poz. 532 i 568).

2. **Obowiązku określonego w ust. 1 nie stosuje się w przypadku:**

1) pojazdu samochodowego, w którym przebywa lub porusza się 1 osoba albo 1 osoba z dzieckiem, o którym mowa w pkt 2;

2) dziecka do ukończenia 4. roku życia;

3) osoby, która nie może zakrywać ust lub nosa z powodu stanu zdrowia, całościowych zaburzeń rozwoju, niepełnosprawności intelektualnej w stopniu umiarkowanym albo głębokim lub niesamodzielności; okazanie orzeczenia lub zaświadczenia w tym zakresie nie jest wymagane;

4) **osoby wykonującej czynności zawodowe, służbowe lub zarobkowe w budynkach, zakładach, obiektach, placówkach i targowiskach (straganach), o których mowa w ust. 1 pkt 2 lit. b i c, z wyjątkiem osoby wykonującej bezpośrednią obsługę interesantów lub klientów;**

5) kierującego środkiem publicznego transportu zbiorowego w rozumieniu art. 4 ust. 1 pkt 14 ustawy z dnia 16 grudnia 2010 r. o publicznym transporcie zbiorowym, lub pojazdem samochodowym wykonującym zarobkowy przewóz osób, jeżeli operator publicznego transportu zbiorowego albo organizator tego transportu w rozumieniu art. 4ust. 1 pkt 8 i 9 tej ustawy albo przedsiębiorca wykonujący działalność w zakresie zarobkowego przewozu osób, zapewnia oddzielenie kierującego od przewożonych osób w sposób uniemożliwiający styczność w rozumieniu art. 2 pkt 25 ustawy z dnia 5grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;

6) duchownego sprawującego kult religijny, w tym czynności lub obrzędy religijne, podczas jego sprawowania;

7) żołnierza Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej i wojsk sojuszniczych, a także funkcjonariusza Służby Kontrwywiadu Wojskowego i Służby Wywiadu Wojskowego,

wykonujących zadania służbowe, stosujących środki ochrony osobistej odpowiednie do rodzaju wykonywanych czynności.

3. Osoba wykonująca czynności zawodowe w obiektach handlowych lub usługowych lub w placówkach handlowych lub usługowych może w czasie wykonywania tych czynności zawodowych realizować obowiązek, o którym mowa w ust. 1, przez zakrywanie ust i nosa przy pomocy przyłbicy, jeżeli wszystkie stanowiska kasowe lub miejsca prowadzenia sprzedaży lub świadczenia usług w danym obiekcie lub placówce są oddzielone od klientów dodatkową przesłoną ochronną.

4. Osoba ma obowiązek odkrycia ust i nosa na żądanie:

1) organów uprawnionych w przypadku legitymowania tej osoby w celu ustalenia jej tożsamości;

2) **innej osoby w związku ze świadczeniem przez nią usług lub wykonywaniem czynności zawodowych lub służbowych, w tym w przypadku konieczności identyfikacji lub weryfikacji tożsamości danej osoby.**

Pełny tekst rozporządzenia z dnia 10 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, dostępny jest pod adresem: <http://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2020/658> .

Pełny tekst rozporządzenia z dnia 15 kwietnia 2020 r., zmieniającego rozporządzenie z dnia 10 kwietnia 2020 r., dostępny jest pod adresem: <http://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2020/673> .

Pełny tekst rozporządzenia z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (obecnie już uchylonego), dostępny jest pod adresem: <http://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2020/566> .

Pełny tekst rozporządzenia z dnia 31 marca 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii, dostępny jest pod adresem: <http://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2020/565> .

Zmiana rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej

W dniu 10 kwietnia 2020 r. w Dzienniku Ustaw RP ogłoszone zostało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. poz. 660) – zwane dalej **nowelizacją**. Akt prawny wszedł w życie w dniu 11 kwietnia 2020 r.

Powyższym aktem wykonawczym dokonano nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 465 ze zm.).

Nowelizacją dokonano następujących zmian w rozporządzeniu z dnia 6 listopada 2013 r.:

1) w § 3 dodano kolejny ustęp (5), zgodnie z którym:

5. W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii dopuszcza się zawieszenie terminów, o których mowa w § 6 ust. 2 pkt 1, 3, 5 i 6 [dotyczy terminów zabiegów fizjoterapii domowej, realizowanych przez wizytę fizjoterapeutyczną lub zabieg fizjoterapeutyczny, u świadczeniobiorców z określonymi zaburzeniami funkcji motorycznych spowodowanych – przyp. red. Serwisu], oraz terminów przyjęcia na świadczenia realizowane w warunkach stacjonarnych, obejmujące rehabilitację, o których mowa w § 4 pkt 4, określonych w załączniku nr 4 do rozporządzenia.

2) Po § 4 dodany został § 4a, zgodnie z którym:

W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, w zakresie świadczeń określonych w § 4 pkt 1–3 [dotyczy określonych świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach: ambulatoryjnych (w tym lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, realizowanej przez poradę lekarską rehabilitacyjną), domowych (w tym porady lekarskiej rehabilitacyjnej) oraz ośrodka lub oddziału dziennego – przyp. red. Serwisu] dopuszcza się realizację porad lekarskich, porad lub wizyt terapeutycznych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, jeżeli ten sposób realizacji świadczenia opieki zdrowotnej nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia świadczeniobiorcy.

Pełny tekst nowelizacji z dnia 10 kwietnia 2020 r., dostępny jest pod adresem:

<http://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2020/660> .

Pełny tekst rozporządzenia zmienianego (z dnia 6 listopada 2013 r.), dostępny jest pod adresem:

<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20130001522> .

Zmiana rozporządzenia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów

W dniu 2 kwietnia 2020 r. w Dzienniku Ustaw RP ogłoszone zostało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. z 2020 poz. 578). Powyższą nowelizacją dokonano zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia w powyższym przedmiocie, z dnia 29 marca 2019 r. (Dz. U. poz. 602 ze zm.).

Nowelizacja weszła w życie w dniu 3 kwietnia 2020 r. Dokonano nią zmiany § 7 rozporządzenia z dnia 29 marca 2019 r., poprzez modyfikację ust. 6 oraz dodanie ust. 6a i 6b:

6. *Wojewoda kieruje lekarza zakwalifikowanego do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w danym postępowaniu kwalifikacyjnym po ~~przedstawieniu przez niego dokumentu prawo wykonywania zawodu lekarza~~ zweryfikowaniu, we współpracy z właściwą okręgową radą lekarską, posiadania przez danego lekarza prawa wykonywania zawodu w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia zakończenia danego postępowania kwalifikacyjnego, a w przypadku lekarzy korzystających:*

- 1) *z urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu ojcowskiego lub urlopu rodzicielskiego, przysługującego na podstawie przepisów ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 917, z późn. zm.),*
- 2) *ze świadczenia rodzicielskiego przysługującego na podstawie ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 2220 i 2354 oraz z 2019 r. poz. 60, 303 i 577),*
- 3) *z zaświadczenia lekarskiego o czasowej niezdolności do pracy*
 - *w terminie późniejszym, bezpośrednio po ich zakończeniu, pod warunkiem że lekarz najpóźniej w terminie 30 dni od dnia zakończenia danego postępowania kwalifikacyjnego przedstawi wojewodzie odpowiednie dokumenty wskazujące na korzystanie z uprawnień, o których mowa w pkt 1-3.*

6a. W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii wojewoda może skierować lekarza do odbywania szkolenia specjalizacyjnego po terminie wskazanym w ust. 6, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia zniesienia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, jeżeli:

- 1) *jednostka akredytowana, do której lekarz ma być skierowany, poinformowała wojewodę, że ze względu na sytuację wywołaną stanem zagrożenia epidemicznego lub stanem epidemii nie może aktualnie przyjąć danego lekarza w celu odbywania szkolenia specjalizacyjnego, albo*
- 2) *ze względu na sytuację wywołaną stanem zagrożenia epidemicznego lub stanem epidemii lekarz zakwalifikowany do odbywania szkolenia specjalizacyjnego nie uzyskał prawa wykonywania zawodu w terminie, o którym mowa w ust. 6, w związku z nieukończeniem w terminie stażu podyplomowego.*

6b. Lekarz, o którym mowa w ust. 6a pkt 2, informuje wojewodę o braku możliwości rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego w terminie 30 dni od dnia ogłoszenia wyników postępowania kwalifikacyjnego.

Pełny tekst rozporządzenia w specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów, dostępny jest pod adresem: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190000602> .

Pełny tekst nowelizacji rozporządzenia z dnia 1 kwietnia 2020 r., dostępny jest pod adresem: <http://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2020/578> .

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

W dniu 6 kwietnia 2020 r. w Dzienniku Ustaw RP ogłoszone zostało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Dz. U. poz. 607) – zwane dalej **nowym rozporządzeniem**.

Powyższy akt wykonawczy został wydany w związku z nowelizacją art. 34 ustawy 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.), dokonaną na podstawie art. 25 pkt 2 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374 ze zm.).

Z dniem wejścia w życie nowego rozporządzenia (7 kwietnia 2020 r.), uchyleniu z mocy prawa uległy rozporządzenia Ministra Zdrowia:

- z dnia 7 marca 2020 r. **w sprawie wykazu chorób powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji** (Dz. U. z poz. 375), oraz
- z dnia 7 marca 2020 r. **w sprawie wykazu chorób powodujących powstanie obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego oraz okresu obowiązkowej kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego** (Dz. U. poz. 376).

Nowe rozporządzenie dotyczy kwestii uregulowanych dotychczas w obu ww. rozporządzeniach z dnia 7 marca 2020 r., przy czym zostało ono względem nich w pewnym stopniu zmodyfikowane. Poniżej przytoczono jego treść, z kolorystycznym oznaczeniem kwestii istotnych:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) *choroby zakaźne powodujące powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych;*
- 2) *obowiązki lekarza lub felczera w przypadku podejrzenia lub rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych;*
- 3) *organ, któremu jest przekazywana informacja o obowiązkowej hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych danej osoby;*
- 4) *obowiązki szpitala w przypadku samowolnego opuszczenia szpitala przez osobę podlegającą obowiązkowej hospitalizacji;*
- 5) *choroby zakaźne powodujące powstanie obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego u osób, o których mowa w art. 34 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, oraz okresy obowiązkowej kwarantanny.*

§ 2. 1. Obowiązkowej hospitalizacji podlegają:

- 1) *osoby chore na gruźlicę w okresie prątkowania oraz osoby z uzasadnionym podejrzeniem o prątkowanie;*

- 2) osoby **zakażone** lub chore oraz podejrzane o **zakażenie** lub zachorowanie na:
- a) błonicę,
 - b) cholere,
 - c) dur brzuszny,
 - d) dury rzekome A, B, C,
 - e) dur wysypkowy (w tym choroba Brill-Zinssera),
 - f) dżumę,
 - g) Ebolę (EVD),
 - h) wysoce zjadliwą grypę ptaków u ludzi (HPAI), w szczególności spowodowaną szczepami H7 N5,
 - i) ospę prawdziwą,
 - j) ostre nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis) oraz inne ostre porażenia wiotkie, w tym zespół Guillaina-Barrégo,
 - k) tularemię,
 - l) węglik,
 - m) wściekliznę,
 - n) wirusowe gorączki krwotoczne, w tym żółtą gorączkę,
 - o) zakażenia biologicznymi czynnikami chorobotwórczymi wywołującymi zespoły ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej (SARI) lub innej niewydolności narządowej, w szczególności:
 - bliskowschodni zespół niewydolności oddechowej (MERS),
 - zespół ostrej niewydolności oddechowej (SARS),
 - p) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu;

3) osoby, u których stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2 lub zachorowanie na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19) lub podejrzenie zakażenia lub zachorowania, jeżeli nie zostały przez lekarza lub felczera skierowane do leczenia lub diagnostyki laboratoryjnej w kierunku wirusa SARS-CoV-2 w ramach obowiązkowej izolacji lub izolacji w warunkach domowych.

2. Obowiązkowej izolacji lub izolacji w warunkach domowych podlegają osoby, u których stwierdzono zakażenie wywołane wirusem SARS-CoV-2 lub zachorowanie na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19) lub podejrzenie zakażenia lub zachorowania, wobec których lekarz lub felczer nie zastosował obowiązkowej hospitalizacji.

§ 3. Lekarz lub felczer, który podejrzewa lub rozpoznaje **zakażenie** lub chorobę zakaźną powodującą powstanie obowiązku hospitalizacji, **izolacji lub izolacji w warunkach domowych danej osoby:**

1) kieruje osobę, o której mowa w § 2 ust. 1:

- a) pkt 1 i 2, do wskazanego szpitala oraz niezwłocznie informuje ten szpital o tym fakcie,
- b) pkt 3, do wskazanego szpitala oraz niezwłocznie informuje ten szpital o tym fakcie, chyba że po dokonaniu oceny stanu klinicznego tej osoby kieruje ją do leczenia lub diagnostyki laboratoryjnej w kierunku wirusa SARS-CoV-2 **do miejsca izolacji lub izolacji w warunkach domowych;**

2) niezwłocznie przekazuje informację o skierowaniu, o którym mowa w pkt 1, państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu lub państwowemu granicznemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu dla miejsca pobytu osoby podejrzanej o zakażenie lub zachorowanie albo zakażonej lub chorej na chorobę zakaźną;

3) poucza osobę chorą lub osobę sprawującą prawną pieczę nad chorą osobą małoletnią lub bezradną 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 (Dz. U. z 2019r. poz. 1127, 1128, 1590, 1655 i 1696) [przez opiekuna faktycznego należy rozumieć osobę sprawującą, bez obowiązku

ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga – przyp. red. Serwisu], o powstałym obowiązku hospitalizacji albo izolacji odbywanej w warunkach domowych oraz odnotowuje ten fakt w dokumentacji medycznej pacjenta;

4) zleca transport pacjenta do szpitala **albo do miejsca izolacji lub izolacji w warunkach domowych**, o którym mowa w pkt 1, w sposób uniemożliwiający przeniesienie zakażenia na inne osoby;

5) podejmuje inne działania zapobiegające szerzeniu się zachorowań.

§ 4. W przypadku samowolnego opuszczenia szpitala przez osobę podlegającą obowiązkowi hospitalizacji ordynator oddziału, lekarz kierujący oddziałem albo osoba upoważniona odpowiednio przez tego ordynatora albo lekarza informuje o tym niezwłocznie telefonicznie państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania chorego na numer telefonu alarmowego, który jest opublikowany na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej właściwej stacji sanitarno-epidemiologicznej.

§ 5. 1. Obowiązek kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego u osób, o których mowa w art. 34 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi [osoby zdrowe, które pozostawały w styczności z osobami chorymi na choroby zakaźne – przyp. red. Serwisu], **powstaje w przypadku narażenia na następujące choroby zakaźne lub pozostawania w styczności ze źródłem biologicznych czynników chorobotwórczych je wywołujących:**

- 1) cholera,
- 2) dżuma płucna,
- 3) zespół ostrej niewydolności oddechowej (SARS);
- 4) choroba wywołana koronawirusem SARS-CoV-2 (COVID-19);
- 5) bliskowschodni zespół niewydolności oddechowej (MERS);
- 6) Ebola (EVD);
- 7) oспа prawdziwa;
- 8) wirusowe gorączki krwotoczne.

2. Okresy obowiązkowej kwarantanny wynoszą:

- 1) 5 dni – w przypadku cholery,
- 2) 6 dni – w przypadku dżumy płucnej,
- 3) 10 dni – w przypadku zespołu ostrej niewydolności oddechowej (SARS),
- 4) 14 dni – w przypadku choroby wywołanej koronawirusem SARS-CoV-2 (COVID-19) oraz bliskowschodniego zespołu niewydolności oddechowej (MERS),
- 5) 21 dni – w przypadku Eboli (EVD), ospy prawdziwej oraz wirusowych gorączek krwotocznych,
– licząc **od dnia następującego po ostatnim dniu odpowiednio narażenia albo styczności.**

§ 6. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

Jak wskazano w uzasadnieniu projektu nowego rozporządzenia:

Hospitalizacja jest środkiem przeciwepidemicznym mającym na celu odosobnienie osób chorych na chorobę zakaźną albo osób podejrzanych o zachorowanie na chorobę zakaźną, która charakteryzuje się wysoką śmiertelnością w populacji ogólnej albo wysoką śmiertelnością w określonych grupach wiekowych lub wśród osób należących do grup ryzyka klinicznego (np. chorych na choroby przewlekłe, w szczególności przebiegające z obniżoną odpornością). Hospitalizacja ma na celu nie tylko diagnostykę i leczenie tych osób w warunkach adekwatnych do ich stanu klinicznego, lecz również zapobieżenie szerzeniu się tej choroby zakaźnej na inne osoby.

Hospitalizacji podlegają osoby chore na gruźlicę w okresie prątkowania oraz osoby z uzasadnionym podejrzeniem o prątkowanie, osoby zakażone lub chore oraz podejrzane o zakażenie lub zachorowanie na błonicę, cholere, dur brzuszny, dury rzekome A, B, C, dur wysypkowy (w tym choroba Brill-Zinssera), dżumę, Ebolę (EVD), wysoce

zjadliwą grypę ptaków u ludzi (HPAI), w szczególności spowodowaną szczepami H7 i H5, ospę prawdziwą, ostre nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis) oraz inne ostre porażenia wiotkie, w tym zespół Guillaina-Barrégo, tularamię, wąglik, wściekliznę, wirusowe gorączki krwotoczne, w tym żółtą gorączkę, zakażenia biologicznymi czynnikami chorobotwórczymi wywołującymi zespoły ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej (SARI) lub innej niewydolności narządowej, w szczególności bliskowschodni zespół niewydolności oddechowej (MERS), zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 (COVID-19), zespół ostrej niewydolności oddechowej (SARS), zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu.

W przypadku chorób szerzących się epidemicznie w skali powodującej lub mogącej spowodować sytuację kryzysową, takich jak COVID-19, wobec osób których stan kliniczny nie uzasadnia bezwzględnej hospitalizacji możliwe jest również zastosowanie izolacji lub izolacji w warunkach domowych. Skierowanie do miejsca izolacji osoby podejrzanej o zakażenie wirusem SARS-CoV-2 lub zachorowania na COVID-19 umożliwia również wykonanie diagnostyki laboratoryjnej w kierunku wirusa SARS-CoV-2, a w przypadku potwierdzenia zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub zachorowania na COVID-19, skierowanie takiej osoby do szpitala wyznaczonego dla leczenia tej choroby (tzw. szpital jednoimienny).

Zgodnie z § 3 projektowanego rozporządzenia obowiązkiem lekarza lub felczera, który podejrzewa lub rozpoznaje chorobę zakaźną powodującą powstanie obowiązku hospitalizacji jest podjęcie działań obejmujących m.in. zlecenie transportu do szpitala, miejsca izolacji lub izolacji w warunkach domowych, poinformowanie o tym fakcie właściwego państwowego inspektora sanitarnego oraz podjęcie działań zapobiegających szerzeniu się zachorowań.

Zgodnie z § 4 projektowanego rozporządzenia w przypadku samowolnego opuszczenia szpitala przez osobę podlegającą obowiązkowi hospitalizacji ordynator oddziału lub lekarz kierujący oddziałem albo osoba przez nich upoważniona informuje o tym niezwłocznie telefonicznie państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania chorego na numer telefonu alarmowego, który jest opublikowany na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej właściwej stacji sanitarno-epidemiologicznej w celu podjęcia stosowanych działań.

W § 5 określono choroby zakaźne powodujące powstanie obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego oraz maksymalne okresy ich trwania. Kwarantanna jest środkiem przeciwepidemicznym mającym na celu odosobnienie osób, które były narażone na chorobę zakaźną lub pozostawały w styczności ze źródłem biologicznego czynnika chorobotwórczego, a nie wykazują objawów chorobowych w celu zapobieżenia przeniesienia się zakażenia na inne osoby. Stosuje się ją przede wszystkim w przypadku chorób zakaźnych, które charakteryzują się ogólną wysoką śmiertelnością, albo wysoką śmiertelnością w określonych grupach wiekowych lub wśród osób należących do grup ryzyka klinicznego (chorych na choroby przewlekłe, w szczególności przebiegające z obniżoną odpornością). W uzasadnionych merytorycznie przypadkach, w szczególności w przypadku chorób dla których brak jest uzasadnionych naukowo dowodów, aby były zaraźliwe w okresie wylegania, po przeprowadzeniu analizy ryzyka epidemiologicznego, zamiast kwarantanny powiatowy inspektor sanitarny może zastosować wobec osób ze styczności nadzór epidemiologiczny przez okres odpowiadający okresowi kwarantanny dla danej choroby. Pozwala to na szybką izolację tych osób w przypadku pojawienia się u nich pierwszych objawów rozwoju choroby.

Przepisy rozporządzenia określają okresy stosowania kwarantanny dla poszczególnych chorób zakaźnych, które odpowiadają maksymalnym okresom wylegania tych chorób. Okres kwarantanny nie powinien przekraczać najdłuższego znanego czasu wylegania danej choroby zakaźnej (tzw. okresu inkubacji) liczonego od dnia następującego po ostatnim dniu odpowiednio narażenia albo styczności. Okresy kwarantanny zostały określone w § 5 ust. 2 projektowanego rozporządzenia.

Pełny tekst rozporządzenia w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego, dostępny jest pod adresem:

<http://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2020/607> .

Pełny tekst uzasadnienia do projektu nowego rozporządzenia, dostępny jest pod adresem:

<https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12332257/12676698/dokument443988.docx> .

Zmiana rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

W dniu **16 marca 2020 r.** w Dzienniku Ustaw RP ogłoszone zostało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 456).

Nowelizacja weszła w życie w dniu 17 marca 2020 r.

Zmiana polega na dodaniu § 3a w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285 ze zm.):

§ 3a. Świadczenia, o których mowa w § 3 pkt 3 [świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach ambulatoryjnych: a) psychiatryczne i leczenia środowiskowego (domowego), b) leczenia uzależnień – przyp. red. Serwisu], **mogą być realizowane z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, pod warunkiem zapewnienia dostępności personelu wymaganego do ich realizacji w miejscu udzielania świadczeń.**

Ponadto, zgodnie z § 2 nowelizacji:

*§ 2. Wymienione w rozporządzeniu zmienianym w § 1 [mowa o rozporządzeniu nowelizowanym – z dnia 19 czerwca 2019 r. – przyp. red. Serwisu], w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, **warunki realizacji świadczeń opieki zdrowotnej dotyczące:***

- 1) **lekarza specjalisty spełnia również lekarz, który** uzyskał potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16r ust. 6 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, 577, 730 i 1590 oraz z 2020 r. poz. 278), **oraz lekarz, który** ma uznany dorobek na podstawie art. 16 ust. 7 albo ust. 9 tej ustawy, **oraz wystąpił do dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych z wnioskiem o przystąpienie do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, zwanego dalej „PES”, w wiosennej sesji egzaminacyjnej w 2020 r.** przedłużonej na podstawie § 27 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U. poz. 602 i 2129 oraz z 2020r. poz. 421) **i złożył z wynikiem pozytywnym część pisemną PES, nie dłużej jednak niż do dnia wskazanego jako termin części ustnej PES wyznaczonego na podstawie § 27 ust. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów;**
- 2) **lekarza w trakcie specjalizacji spełnia również lekarz, który** uzyskał potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art.16r ust. 6 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, **oraz lekarz, który** ma uznany dorobek na podstawie art. 16 ust. 7 albo ust. 9 tej ustawy, **oraz wystąpił do dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych z wnioskiem o przystąpienie do PES w wiosennej sesji egzaminacyjnej w 2020 r.** przedłużonej na podstawie § 27 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów, **nie dłużej jednak niż do dnia wskazanego jako termin PES wyznaczonego na podstawie § 27 ust. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów.**

Zgodnie z komunikatem zamieszczonym na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia:

W związku z opublikowanymi w dniu 16 i 17 marca 2020 r. nowelizacjami rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie:

- świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (opublikowane 17 marca 2020 r.),
- świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (opublikowane 16 marca 2020 r.),
- **świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (opublikowane 16 marca 2020 r.),**
- świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (opublikowane 16 marca 2020 r.),
- standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (opublikowane 16 marca 2020 r.),

informujemy, że w zależności od treści poszczególnych rozporządzeń:

1. lekarz, który zdał do dnia 13 marca włącznie jedynie część pisemną PES, a egzamin w części ustnej został odwołany z powodu sytuacji epidemiologicznej, traktowany jest w myśl wskazanych rozporządzeń jak lekarz specjalista w terminie do dnia wskazanego jako termin części ustnej PES przez Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych w przedłużonej sesji wiosennej 2020;
2. lekarz, który uzyskał potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego oraz wystąpił do dyrektora CEM z wnioskiem o przystąpienie do PES w wiosennej sesji 2020, która została przedłużona (termin egzaminu pisemnego i ustnego został odwołany), utrzymuje status lekarza w trakcie specjalizacji do dnia wskazanego jako termin pierwszej z części PES przez Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych w przedłużonej sesji wiosennej 2020.

Pełny tekst nowelizowanego rozporządzenia z dnia 19 czerwca 2019 r. (bez zmian wprowadzonych przedmiotową nowelizacją), dostępny jest pod adresem:

<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190001285> .

Pełny tekst nowelizacji z dnia 16 marca 2020 r., dostępny jest pod adresem:

<http://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2020/456> .

Cytowany powyżej komunikat Ministerstwa Zdrowia, dostępny jest pod adresem:

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-dot-lekarzy-ktorzy-ukonczyli-szkolenie-specjalizacyjne-zlozyli-wniosek-o-przystapienie-do-panstwowego-egzaminu-specjalizacyjnego-pes-w-sesji-wiosennej-2020> .

Zmiana rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej

W dniu **16 marca 2020 r.** w Dzienniku Ustaw RP ogłoszone zostało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. poz. 457). Nowelizacja dotyczy rozporządzenia Ministra Zdrowia w powyższym przedmiocie, z dnia 29 października 2013 r. (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 742 ze zm.).

Nowelizacja weszła w życie w dniu 17 marca 2020 r.

Zmiana polega na dodaniu w załączniku nr 2 do nowelizowanego rozporządzenia (warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej), w części II „Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach domowych” w ust. 4 (inne warunki) po pkt 6, punktu 7:

7) dopuszcza się realizację porad i wizyt z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, o ile ten sposób postępowania nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta.

Ponadto, zgodnie z § 2 nowelizacji:

§ 2. Wymienione w rozporządzeniu zmienianym w § 1 [mowa o rozporządzeniu nowelizowanym – z dnia 29 października 2013 r. – przyp. red. Serwisu], w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, **warunki realizacji świadczeń opieki zdrowotnej dotyczące:**

- 1) **lekarza specjalisty spełnia również lekarz, który** uzyskał potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16r ust. 6 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, 577, 730 i 1590 oraz z 2020 r. poz. 278), **oraz lekarz, który** ma uznany dorobek na podstawie art. 16 ust. 7 albo ust. 9 tej ustawy, **oraz wystąpił do dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych z wnioskiem o przystąpienie do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, zwanego dalej „PES”, w wiosennej sesji egzaminacyjnej w 2020 r.** przedłużonej na podstawie § 27 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystry (Dz. U. poz. 602 i 2129 oraz z 2020r. poz. 421) **i złożył z wynikiem pozytywnym część pisemną PES, nie dłużej jednak niż do dnia wskazanego jako termin części ustnej PES wyznaczonego na podstawie § 27 ust. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystry;**
- 2) **lekarza w trakcie specjalizacji spełnia również lekarz, który** uzyskał potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16r ust. 6 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, **oraz lekarz, który** ma uznany dorobek na podstawie art. 16 ust. 7 albo ust. 9 tej ustawy, **oraz wystąpił do dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych z wnioskiem o przystąpienie do PES w wiosennej sesji egzaminacyjnej w 2020 r.** przedłużonej na podstawie § 27 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystry, **nie dłużej jednak niż do dnia wskazanego jako termin PES wyznaczonego na podstawie § 27 ust. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystry.**

Zgodnie z komunikatem zamieszczonym na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia:

W związku z opublikowanymi w dniu 16 i 17 marca 2020 r. nowelizacjami rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie:

- świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (opublikowane 17 marca 2020 r.),
- **świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (opublikowane 16 marca 2020 r.),**
- świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (opublikowane 16 marca 2020 r.),
- świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (opublikowane 16 marca 2020 r.),
- standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (opublikowane 16 marca 2020 r.),

informujemy, że w zależności od treści poszczególnych rozporządzeń:

1. lekarz, który zdał do dnia 13 marca wyłącznie jedynie część pisemną PES, a egzamin w części ustnej został odwołany z powodu sytuacji epidemiologicznej, traktowany jest w myśl wskazanych rozporządzeń jak lekarz specjalista w terminie do dnia wskazanego jako termin części ustnej PES przez Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych w przedłużonej sesji wiosennej 2020;
2. lekarz, który uzyskał potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego oraz wystąpił do dyrektora CEM z wnioskiem o przystąpienie do PES w wiosennej sesji 2020, która została przedłużona (termin egzaminu pisemnego i ustnego został odwołany), utrzymuje status lekarza w trakcie specjalizacji do dnia wskazanego jako termin pierwszej z części PES przez Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych w przedłużonej sesji wiosennej 2020.

Pełny tekst nowelizowanego rozporządzenia z dnia 29 października 2013 r. (tekst jednolity bez zmian wprowadzonych przedmiotową nowelizacją), dostępny jest pod adresem:

<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180000742> .

Pełny tekst nowelizacji z dnia 16 marca 2020 r., dostępny jest pod adresem:

<http://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2020/457> .

Cytowany powyżej komunikat Ministerstwa Zdrowia, dostępny jest pod adresem:

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-dot-lekarzy-ktorzy-ukonczyli-szkolenie-specjalizacyjne-zlozyli-wniosek-o-przystapienie-do-panstwowego-egzaminu-specjalizacyjnego-pes-w-sesji-wiosennej-2020> .

Zmiana rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii

W dniu **16 marca 2020 r.** w Dzienniku Ustaw RP ogłoszone zostało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz. U. poz. 459). Nowelizacja dotyczy rozporządzenia Ministra Zdrowia w powyższym przedmiocie, z dnia 16 grudnia 2016 r. (Dz. U. poz. 2218 ze zm.).

Nowelizacja weszła w życie w dniu 17 marca 2020 r.

Zmiany wprowadzone nowelizacją dot. następujących przepisów:

1) § 7, który otrzymuje brzmienie:

Lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarz anestezjolog, lub lekarz w trakcie specjalizacji po ukończeniu co najmniej 2-letniego szkolenia w ramach specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii przejmuje na wezwanie prowadzenie resuscytacji i podejmuje decyzję o jej zakończeniu. Lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarz anestezjolog podejmuje decyzję o jej zakończeniu. Lekarz w trakcie specjalizacji przed podjęciem decyzji przeprowadza konsultację z lekarzem specjalistą anestezjologii i intensywnej terapii.

2) § 8, który otrzymuje brzmienie (przepis przytoczono w całości w celu ułatwienia jego interpretacji):

1. W podmiocie leczniczym świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji, polegające na wykonywaniu znieczulenia ogólnego oraz znieczulenia regionalnego: zewnątrzoponowego i podpajęczynówkowego, mogą być udzielane wyłącznie przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii.
2. Lekarz anestezjolog może samodzielnie udzielać świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, o których mowa w ust. 1, w przypadku wykonywania znieczulenia pacjentów powyżej 3 roku życia, których stan ogólny według skali ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System) odpowiada stopniowi I, II lub III, a w pozostałych przypadkach - za pisemną zgodą lekarza kierującego oddziałem wymienionym w § 4 ust. 1 lub 2.
3. Lekarz w trakcie specjalizacji może wykonywać znieczulenie, jeżeli wykonanie tego znieczulenia jest bezpośrednio nadzorowane przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii. Za zgodą lekarza kierującego oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci lekarz w trakcie specjalizacji może wykonywać znieczulenie pacjentów, których stan ogólny według skali ASA odpowiada stopniowi I, II lub III, w przypadku odbycia przez tych lekarzy co najmniej 2-letniego szkolenia w ramach specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz wykazania się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami wykonywania znieczulenia.
4. Za zgodą lekarza kierującego oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci, lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii może równocześnie nadzorować pracę nie więcej niż trzech lekarzy w trakcie specjalizacji, wykonujących znieczulenia pacjentów, których stan ogólny według skali ASA odpowiada stopniowi I, II lub III, w przypadku odbycia przez tych lekarzy co najmniej 2-letniego szkolenia w ramach specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz wykazania się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami wykonywania znieczulenia. Lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii nadzorujący pracę lekarzy w trakcie specjalizacji znajduje się w bezpośredniej bliskości znieczulanych pacjentów przez cały czas trwania znieczulenia.

5. Odbycie przez lekarza w trakcie specjalizacji co najmniej 2-letniego przeszkolenia specjalistycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz wykazanie się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami wykonywania znieczulenia, o których mowa w ~~ust. 4~~ **ust. 3**, potwierdza pisemnie kierownik specjalizacji. Potwierdzenie jest przechowywane w aktach osobowych lekarza w trakcie specjalizacji.

3) § 9, w którym zmianie ulega brzmienie pkt 9, 10, 11 i 14:

Ustala się standard organizacyjny postępowania przy udzielaniu w szpitalu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji, zgodnie z którym: (...)

- 9) ~~lekarz wykonujący znieczulenie może w tym samym czasie znieczulać tylko jednego pacjenta;~~ podczas znieczulenia z lekarzem współpracuje pielęgniarka anestezjologiczna; dotyczy to również znieczuleń wykonywanych poza salą operacyjną;
- 10) ~~przed przystąpieniem do znieczulenia lekarz wykonujący znieczulenie, a w przypadku lekarza w trakcie specjalizacji również lekarz nadzorujący wykonywanie znieczulenia,~~ jest obowiązany:
- a) sprawdzić wyposażenie stanowiska znieczulenia,
 - b) skontrolować sprawność działania wyrobów medycznych niezbędnych do znieczulenia i monitorowania,
 - c) skontrolować właściwe oznakowanie płynów infuzyjnych, strzykawek ze środkami anestetycznymi, strzykawek z lekami stosowanymi podczas znieczulenia,
 - d) przeprowadzić kontrolę zgodności krwi biorcy z każdą jednostką krwi lub jej składnika przeznaczoną do przetoczenia w przypadku konieczności jej toczenia,
 - e) dokonać identyfikacji pacjenta poddawanego znieczuleniu;
- 11) lekarz wykonujący znieczulenie znajduje się w ~~bezpośredniej~~ bliskości pacjenta przez cały czas trwania znieczulenia;
- 14) lekarz wykonujący znieczulenie może opuścić znieczulanego pacjenta w celu przeprowadzenia resuscytacji ~~innego pacjenta~~ **lub innych czynności z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii**, jeżeli uzna, że opuszczenie znieczulanego pacjenta nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla jego życia; w takim przypadku przy pacjencie do czasu przybycia lekarza wykonującego znieczulenie pozostaje pielęgniarka anestezjologiczna;

4) § 11, który otrzymuje brzmienie (przepis przytoczono w całości w celu ułatwienia jego interpretacji):

Ustala się standard organizacyjny postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziale anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w szpitalu, zgodnie z którym: (...)

- 1) prowadzi się ciągle monitorowanie podstawowych funkcji życiowych i stosuje się dostępne metody i techniki terapeutyczne, ze szczególnym uwzględnieniem inwazyjnych i wspomagających czynności podstawowych układów organizmu;
- 2) udzielanie świadczeń zdrowotnych wymaga stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarki anestezjologicznej w oddziale, **z zastrzeżeniem pkt 2a;**
- 2a) lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii może opuścić oddział w celu przeprowadzenia resuscytacji lub innych czynności z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii z wyjątkiem znieczulenia u pacjenta poza oddziałem, jeżeli uzna, że opuszczenie oddziału nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla życia pacjentów na nim przebywających;**
- 3) intensywną terapię prowadzi lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii;
- 4) świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii może udzielać lekarz anestezjolog lub lekarz w trakcie specjalizacji, jeżeli jego praca jest ~~bezpośrednio~~ nadzorowana przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii;
- 5) świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii może udzielać lekarz odbywający w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii staż specjalizacyjny w ramach innych dziedzin

medycyny lub staż podyplomowy, jeżeli jego praca jest bezpośrednio nadzorowana przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii;

- 6) na stanowisku nadzoru pielęgniarskiego zapewnia się możliwość obserwacji bezpośredniej;
- 7) należy zapewnić możliwość izolacji pacjentów oraz dostępność wyrobów medycznych monitorujących i terapeutycznych, niezbędnych do wykonywania specjalistycznych interwencji w stanach zagrożenia życia.

5) § 16, który otrzymuje:

1. Pielęgniarki wykonujące przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia czynności przewidziane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1998 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 215 oraz z 2007 r. poz. 1133) dla przeszkolonych pielęgniarek, niespełniające wymagań określonych w § 2 pkt 6, mogą wykonywać czynności przewidziane dla pielęgniarki anestezjologicznej nie dłużej niż do dnia 31 grudnia ~~2021~~ 2022 r.
2. Podmioty lecznicze niespełniające w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia wymagań dotyczących odrębności oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci i oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii lub, w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych wyłącznie z zakresu anestezji, odrębności oddziałów anestezjologii dla dzieci i oddziałów anestezjologii dostosują się do wymagań określonych w § 4 ust. 1 i 2 w terminie nie dłuższym niż do dnia 31 grudnia ~~2021~~ 2022 r.
3. Lekarz będący przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia kierującym oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddziałem anestezjologii lub oddziałem anestezjologii dla dzieci w szpitalu, niespełniający wymagań określonych w § 4 ust. 10, może pełnić tę funkcję nie dłużej niż do dnia 31 grudnia ~~2021~~ 2022 r.
4. Pielęgniarka będąca przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia pielęgniarką oddziałową oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddziału anestezjologii lub oddziału anestezjologii dla dzieci w szpitalu, niespełniająca wymagań określonych w § 4 ust. 11, może pełnić tę funkcję nie dłużej niż do dnia 31 grudnia ~~2021~~ 2022 r.

6) § 17, który otrzymuje:

1. Podmioty lecznicze prowadzące szpitale, które w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia nie spełniają wymagań określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia, dostosują się do tych wymagań do dnia 31 grudnia ~~2021~~ 2022 r.
2. Podmioty wykonujące działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne, które w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia nie spełniają wymagań określonych w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia, dotyczących "Wyposażenia stanowiska znieczulenia", dostosują się do tych wymagań do dnia 31 grudnia ~~2021~~ 2022 r.

Ponadto, zgodnie z § 2 nowelizacji:

§ 2. Ilekroć w rozporządzeniu zmienianym w § 1 [mowa o rozporządzeniu nowelizowanym – z dnia 16 grudnia 2016 r. – przyp. red. Serwisu], w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, jest wskazany wymóg dotyczący lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, **wymóg ten spełnia również lekarz, który:**

- 1) **uzyskał potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego**, o którym mowa w art. 16r ust. 6 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, 577, 730 i 1590 oraz z 2020 r. poz. 278), **oraz lekarz, który ma uznany dorobek na podstawie art. 16 ust. 7 albo ust. 9 tej ustawy, oraz wystąpił do**

dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych z wnioskiem o przystąpienie do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, zwanego dalej „PES”, w wiosennej sesji egzaminacyjnej w 2020 r. przedłużonej na podstawie § 27 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. poz. 602 i 2129 oraz z 2020r. poz. 421) **i złożył z wynikiem pozytywnym część pisemną PES, nie dłużej jednak niż do dnia wskazanego jako termin części ustnej PES wyznaczonego na podstawie § 27 ust. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów;**

2) złożył z wynikiem pozytywnym część pisemną EDAIC (European Diploma in Anaesthesiology and Intensive Care Examination), a termin egzaminu ustnego został odwołany w związku z zagrożeniem wywołanym COVID-19, nie dłużej jednak niż do dnia wskazanego jako najbliższy termin tego egzaminu.

Zgodnie z komunikatem zamieszczonym na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia:

W związku z opublikowanymi w dniu 16 i 17 marca 2020 r. nowelizacjami rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie:

- świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (opublikowane 17 marca 2020 r.),
- świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (opublikowane 16 marca 2020 r.),
- świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (opublikowane 16 marca 2020 r.),
- świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (opublikowane 16 marca 2020 r.),
- **standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (opublikowane 16 marca 2020 r.),**

informujemy, że w zależności od treści poszczególnych rozporządzeń:

1. lekarz, który zdał do dnia 13 marca włącznie jedynie część pisemną PES, a egzamin w części ustnej został odwołany z powodu sytuacji epidemiologicznej, traktowany jest w myśl wskazanych rozporządzeń jak lekarz specjalista w terminie do dnia wskazanego jako termin części ustnej PES przez Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych w przedłużonej sesji wiosennej 2020;
2. lekarz, który uzyskał potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego oraz wystąpił do dyrektora CEM z wnioskiem o przystąpienie do PES w wiosennej sesji 2020, która została przedłużona (termin egzaminu pisemnego i ustnego został odwołany), utrzymuje status lekarza w trakcie specjalizacji do dnia wskazanego jako termin pierwszej z części PES przez Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych w przedłużonej sesji wiosennej 2020.

Pełny tekst nowelizowanego rozporządzenia z dnia 16 grudnia 2016 r. (bez zmian wprowadzonych przedmiotową nowelizacją), dostępny jest pod adresem:

<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20160002218> .

Pełny tekst nowelizacji z dnia 16 marca 2020 r., dostępny jest pod adresem:

<http://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2020/459> .

Cytowany powyżej komunikat Ministerstwa Zdrowia, dostępny jest pod adresem:

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-dot-lekarzy-ktorzy-ukonczyli-szkolenie-specjalizacyjne-zlozyli-wniosek-o-przystapienie-do-panstwowego-egzaminu-specjalizacyjnego-pes-w-sesji-wiosennej-2020> .

Zmiana rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej

W dniu **16 marca 2020 r.** w Dzienniku Ustaw RP ogłoszone zostało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. poz. 460).

Nowelizacja weszła w życie w dniu 17 marca 2020 r. Dotyczy ona rozporządzenia Ministra Zdrowia w powyższym przedmiocie, z dnia 22 listopada 2013 r. (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 1658 ze zm.).

Zmiana polega na dodaniu w załączniku nr 4 do nowelizowanego rozporządzenia (*warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej*), w lp. 2 „Świadczenia udzielane w warunkach domowych przez zespół długoterminowej opieki domowej lub przez pielęgniarską opiekę długoterminową domową”, w ramach lit. A i B, następujących warunków udzielania świadczeń:

- w lit. A „Zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie” w części „Inne warunki udzielania świadczeń gwarantowanych” w pkt 4 kropkę zastępuję się średnikiem i dodaje się pkt 5 w brzmieniu:
5) dopuszcza się realizację porad i wizyt z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, o ile ten sposób postępowania nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia świadczeniobiorcy;
- w lit. B „Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa” w części „Inne warunki udzielania świadczeń gwarantowanych” w pkt 5 kropkę zastępuję się średnikiem i dodaje się pkt 6 w brzmieniu:
6) dopuszcza się realizację wizyt z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, o ile ten sposób postępowania nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia świadczeniobiorcy.

Ponadto, zgodnie z § 2 nowelizacji:

§ 2. *Wymienione w rozporządzeniu zmienianym w § 1 [mowa o rozporządzeniu nowelizowanym – z dnia 22 listopada 2013 r. – przyp. red. Serwisu], w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, warunki realizacji świadczeń opieki zdrowotnej dotyczące:*

- 1) **lekarza specjalisty spełnia również lekarz, który** uzyskał potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16r ust. 6 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, 577, 730 i 1590 oraz z 2020 r. poz. 278), **oraz lekarz, który** ma uznany dorobek na podstawie art. 16 ust. 7 albo ust. 9 tej ustawy, **oraz wystąpił do dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych z wnioskiem o przystąpienie do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, zwanego dalej „PES”, w wiosennej sesji egzaminacyjnej w 2020 r.** przedłużonej na podstawie § 27 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. poz. 602 i 2129 oraz z 2020r. poz. 421) **i złożył z wynikiem pozytywnym część pisemną PES, nie dłużej jednak niż do dnia wskazanego jako termin części ustnej PES wyznaczonego na podstawie § 27 ust. 5**

rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów;

- 2) **lekarza w trakcie specjalizacji spełnia również lekarz, który** uzyskał potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art.16r ust. 6 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, **oraz lekarz, który** ma uznany dorobek na podstawie art. 16 ust. 7 albo ust. 9 tej ustawy, **oraz wystąpił do dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych z wnioskiem o przystąpienie do PES w wiosennej sesji egzaminacyjnej w 2020 r.** przedłużonej na podstawie § 27 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów, **nie dłużej jednak niż do dnia wskazanego jako termin PES wyznaczonego na podstawie § 27 ust. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów.**

Zgodnie z komunikatem zamieszczonym na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia:

W związku z opublikowanymi w dniu 16 i 17 marca 2020 r. nowelizacjami rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie:

- świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (opublikowane 17 marca 2020 r.),
- świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (opublikowane 16 marca 2020 r.),
- świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (opublikowane 16 marca 2020 r.),
- **świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (opublikowane 16 marca 2020 r.),**
- standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (opublikowane 16 marca 2020 r.),

informujemy, że w zależności od treści poszczególnych rozporządzeń:

1. lekarz, który zdał do dnia 13 marca włącznie jedynie część pisemną PES, a egzamin w części ustnej został odwołany z powodu sytuacji epidemiologicznej, traktowany jest w myśl wskazanych rozporządzeń jak lekarz specjalista w terminie do dnia wskazanego jako termin części ustnej PES przez Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych w przedłużonej sesji wiosennej 2020;
2. lekarz, który uzyskał potwierdzenie zakończenia szkolenia specjalizacyjnego oraz wystąpił do dyrektora CEM z wnioskiem o przystąpienie do PES w wiosennej sesji 2020, która została przedłużona (termin egzaminu pisemnego i ustnego został odwołany), utrzymuje status lekarza w trakcie specjalizacji do dnia wskazanego jako termin pierwszej z części PES przez Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych w przedłużonej sesji wiosennej 2020.

Pełny tekst nowelizowanego rozporządzenia z dnia 22 listopada 2013 r. (w wersji ujednoliconej, bez zmian wprowadzonych przedmiotową nowelizacją), dostępny jest pod adresem:

<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20150001658> .

Pełny tekst nowelizacji z dnia 16 marca 2020 r., dostępny jest pod adresem:

<http://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2020/460> .

Cytowany powyżej komunikat Ministerstwa Zdrowia, dostępny jest pod adresem:

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-dot-lekarzy-ktorzy-ukonczyli-szkolenie-specjalizacyjne-zlozyli-wniosek-o-przystapienie-do-panstwowego-egzaminu-specjalizacyjnego-pes-w-sesji-wiosennej-2020> .

4. TERMINARZ LEKARZA:

Poniższe zestawienie przedstawia najistotniejsze – w ocenie sporządzającego – obowiązki lekarza, o których należy pamiętać w okresie **od dnia 17 kwietnia 2020 r. do dnia 15 maja 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 20.04.2020 r. do dnia 1.06.2020 r.	<p>zaliczka na podatek dochodowy od pracowników zatrudnionych na umowę o pracę oraz z tytułu umów zlecenia i o dzieło za marzec</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>UWAGA!</p> <p>Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw w art. 52o ust. 1 wskazuje, że w przypadku zaliczek na podatek pobranych w marcu i kwietniu 2020 r. od przychodów ze stosunku służbowego, stosunku pracy, pracy nakładczej lub spółdzielczego stosunku pracy oraz od zasiłków pieniężnych z ubezpieczenia społecznego wypłacanych przez płatników, o których mowa w art. 31, obowiązek określony w art. 38 ust. 1, podlega wykonaniu w terminie do dnia 1 czerwca 2020 r., jeżeli płatnicy ci ponieśli negatywne konsekwencje ekonomiczne z powodu COVID-19.</p>	art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 26.07.1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych
do dnia 20.04.2020 r.	<p>zaliczka na podatek dochodowy od osób fizycznych od dochodów osiągniętych z działalności gospodarczej oraz z umów najmu i dzierżawy w marcu</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</p>	art. 44 ust. 6 ustawy z dnia 26.07.1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych

	<p>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>ryczałty ustawowe w zakresie podatku dochodowego od osób fizycznych za marzec</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 marzec</p> <p>Osoby prawne, co do zasady, są obowiązane wpłacać na rachunek urzędu skarbowego zaliczki miesięczne w wysokości różnicy pomiędzy podatkiem należnym od 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>Art. 25 ustawy z dnia 15.02.1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych</p>
<p>do dnia 20.04.2020 r.</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</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>

	Niepełnosprawnych przez pracodawców zobowiązanych do wpłat na ten Fundusz (Dz.U. z 2016 r. poz. 956).	
<p>do dnia 27.04.2020 r.</p> <p>* termin ustawowy, tj. 25.04.2020 r., przypada na dzień wolny od pracy, wobec czego ulega on przesunięciu na najbliższy dzień roboczy.</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> <p>1) miesięcznych – deklaracji VAT-7;</p> <p>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> <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 z dnia 18.04.2018 r. w sprawie wzorów deklaracji dla podatku od towarów i usług</p>
	<p>przesłanie JPK_VAT za marzec (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 marzec</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 27.04.2020 r.</p> <p>* termin ustawowy, tj. 25.04.2020 r., przypada na dzień wolny od pracy, wobec czego ulega on przesunięciu na najbliższy dzień roboczy.</p>	<p>złożenie wniosku Wn-D, informacji INF-D-P oraz formularza INF-O-PP za marzec</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 30.04.2020 r.</p>	<p>złożenie wniosku Wn-U-G przez rencistów prowadzących działalność gospodarczą za marzec</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>
<p>do dnia 30.04.2020 r. do dnia 31.05.2020 r.</p>	<p>Podatnicy podatku dochodowego od osób fizycznych są zobowiązani do złożenia do 30 kwietnia rocznych zeznań podatkowych. Dwa podstawowe zeznania to PIT-36 oraz PIT-37.</p> <p>Zeznanie PIT-37 składane jest przez podatników spełniających łącznie cztery warunki, a mianowicie przez podatników, którzy w rozliczonym roku podatkowym:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wyłącznie za pośrednictwem płatnika uzyskali przychody ze źródeł położonych na terytorium Polski, podlegające opodatkowaniu na ogólnych zasadach przy zastosowaniu skali podatkowej, oraz 2) nie prowadzili pozarolniczej działalności gospodarczej opodatkowanej na ogólnych zasadach przy zastosowaniu skali podatkowej oraz działów specjalnych produkcji rolnej, oraz 3) nie są obowiązani doliczać do uzyskanych dochodów małoletnich dzieci, oraz 4) nie obniżają dochodów o straty z lat ubiegłych. <p>Jeśli choćby jeden z powyższych warunków nie jest spełniony, składane jest zeznanie PIT-36.</p> <p>W przypadku uzyskiwania niektórych rodzajów przychodów (dochodów) oprócz podstawowych zeznań PIT-36 i PIT-37 składane są ponadto szczególne rodzaje zeznań. Są to:</p>	<p>art. 45 ust. 1 ustawy z 26.07.1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych</p>

	<p>1) zeznanie PIT-36L, w którym wykazywany jest dochód (strata) z pozarolniczej działalności gospodarczej lub działów specjalnych produkcji rolnej, opodatkowanych tzw. podatkiem liniowym;</p> <p>2) zeznanie PIT-38, w którym wykazywane są dochody (straty) uzyskane z odpłatnego zbycia papierów wartościowych lub pochodnych instrumentów finansowych, i z realizacji praw z nich wynikających oraz z odpłatnego zbycia udziałów w spółkach mających osobowość prawną oraz z tytułu objęcia udziałów (akcji) w spółkach mających osobowość prawną albo wkładów w spółdzielniach w zamian za wkład niepieniężny w postaci innej niż przedsiębiorstwo lub jego zorganizowana część;</p> <p>3) zeznanie PIT-39, w którym wykazywany jest dochód (strata) z odpłatnego zbycia nabytych od 1 stycznia 2009 r. nieruchomości i niektórych praw majątkowych.</p> <p>UWAGA!</p> <p>Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw w art. 15zżj stanowi, że złożenie organowi podatkowemu zeznania o wysokości osiągniętego dochodu (poniesionej straty) za 2019 r. oraz wpłacenie należnego podatku dochodowego od osób fizycznych po upływie terminu na jego złożenie, nie później jednak niż w terminie do dnia 31 maja 2020 r. jest równoznaczne ze złożeniem przez podatnika podatku dochodowego od osób fizycznych zawiadomienia, o którym mowa w art. 16 § 4 ustawy z dnia 10 września 1999r. Kodeks karny skarbowy (Dz. U. z 2020r. poz. 19). W takim przypadku organ nie wszczyna postępowania w sprawie o przestępstwo skarbowe lub wykroczenie skarbowe, a wszczęte umarza. Należy mieć jednak na względzie, że Ustawa mówi jedynie o braku odpowiedzialności na gruncie karno-skarbowym. Nie wyklucza natomiast odsetek od zaległości podatkowych.</p>	
<p>do dnia 30.04.2020 r. do dnia 31.07.2020 r.</p>	<p>Złożenie sprawozdania finansowego za pomocą środków komunikacji elektronicznej, Szefowi Krajowej Administracji Skarbowej</p> <p>Osoby fizyczne prowadzące księgi rachunkowe obowiązkowo przekazują sprawozdanie finansowe za pomocą środków komunikacji elektronicznej, Szefowi Krajowej Administracji Skarbowej przed upływem terminu określonego na złożenie, czyli do 30 kwietnia, w postaci elektronicznej odpowiadającej strukturze logicznej udostępnianej na podstawie art. 45 ust. 1g u.o.r. Złożeniu podlegają: bilans, rachunek zysków i strat oraz informacja dodatkowa obejmująca wprowadzenie do sprawozdania finansowego oraz dodatkowe informacje i objaśnienia. W przypadku gdy sprawozdanie podlega obowiązkowemu badaniu podatek składa</p>	<p>art. 45 ust. 5 ustawy z 26.07.1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych</p>

	<p>również rachunek przepływów pieniężnych oraz zestawienie zmian w kapitale własnym.</p> <p>Obowiązek przekazania sprawozdania dotyczy również podatników, którzy są wspólnikami spółki osobowej prowadzącej księgi rachunkowe (handlowe). Obciąża on wszystkich wspólników takiej spółki.</p> <p>UWAGA!</p> <p>Zgodnie z treścią § 2 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie określenia innych terminów wypełniania obowiązków w zakresie ewidencji oraz w zakresie sporządzenia, zatwierdzenia, udostępnienia i przekazania do właściwego rejestru, jednostki lub organu sprawozdań lub informacji (Dz. U. z 2020 r., poz. 570) termin określony w art. 45 ust. 5 ustawy z dnia 26 lipca 1991r. o podatku dochodowym od osób fizycznych przedłuża się do dnia 31 lipca 2020r.</p>	
<p>do dnia 7.05.2020 r.</p>	<p>podatek opłacany w formie karty podatkowej za kwiecień</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 kwiecień 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 - informację o dokonanych wypłatach i pobranym podatku - w terminie do końca trzeciego miesiąca roku następującego po roku podatkowym, w którym dokonano wypłat. <p>CIT – 7 należy przesłać podatnikowi,</p> <p>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 kwiecień</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 (nierezydentów), są obowiązani pobrać w dniu dokonania wypłaty zryczałtowany podatek dochodowy od tych 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>art. 26 ust. 3 ustawy z 15.02.1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych</p>
<p>do dnia 11.05.2020 r.</p> <p>* termin ustawowy, tj. 10.05.2020 r., przypada na dzień wolny od pracy, wobec czego ulega on przesunięciu na najbliższy dzień roboczy.</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, przysłał 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</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>

	ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, obowiązującej je i/lub osoby z nimi współpracujące.	
do dnia 15.05.2020 r.	<p>termin wystawienia faktur za kwiecień</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</p>	art. 6 ust. 9 pkt 3 ustawy z dnia 12.01.1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych

	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.	
--	---	--

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

W dniu **1 kwietnia 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 jest dostępny pod adresem: <http://dziennikmz.mz.gov.pl/#/legalact/2020/27/>

6. 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).

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>

7. INFORMACJA DOTYCZĄCA UTRATY WAŻNOŚCI RECEPT PAPIEROWYCH WYSTAWIONYCH NA STARYCH DRUKACH

Redakcja Serwisu informuje, że **recepty papierowe, które wystawione zostały w oparciu o wzory określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia:**

- z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 1570 ze zm.) oraz
- z dnia 28 października 2015 r. sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 1589),

w dniu 18 kwietnia 2020 r. utracą ważność.

Obecnie obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2018 r. w sprawie recept (które zastąpiło oba ww. rozporządzenia) – Dz. U. z 2018 r. poz. 745 ze zm. – które weszło w życie 18 października 2018 r., w § 19 stanowi, że: **Dopuszcza się stosowanie druków recept zgodnych ze wzorem obowiązującym przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, jednak nie dłużej niż przez 24 miesiące od dnia wejścia w życie rozporządzenia.**

Termin 24 miesięcy, o którym mowa w powyższym przepisie, upływa w dniu 18 kwietnia 2020 r. Różnica pomiędzy starym i nowym wzorem polega na tym, że na starym wzorze zawarta była informacja: „**Dane i podpis lekarza**” (odpowiednio „Dane i podpis pielęgniarki lub położnej” w przypadku osób wykonujących te zawody), podczas gdy na nowym wzorze (obowiązującym od 18 kwietnia 2018 r.), widnieje informacja: „**Dane i podpis osoby uprawnionej**”.

Nawet jeśli recepta w postaci papierowej zostanie prawidłowo wypełniona przez lekarza (będzie zawierać informacje o których mowa w art. 96a ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne – tekst jedn. Dz. U. z 2019 r. poz. 499 ze zm.), natomiast wystawiona zostanie na starym druku (zawierającym opis: „Dane i podpis lekarza”), to w myśl cytowanego wyżej przepisu, farmaceuta może odmówić jej realizacji. Przepis wyraźnie bowiem stanowi o terminie stosowania starych druków.

Obowiązujące rozporządzenie w sprawie recept przewiduje wyłącznie trzy sytuacje, w których możliwe jest jej zrealizowanie, pomimo odstępstw od obowiązujących przepisów. Określone one zostały w § 8, zgodnie z którym:

Recepta w postaci papierowej, zawierająca dane określone w art. 96a ust. 1 lub 8 ustawy - Prawo farmaceutyczne, może zostać zrealizowana także w przypadku, gdy:

- 1) umiejscowienie tych danych nie odpowiada poszczególnym częściom wzoru recepty przeznaczonym na ich rozmieszczenie;*
- 2) adres pacjenta nie jest zgodny z numerem oddziału wojewódzkiego Funduszu.*
- 3) recepta pod względem graficznym, jej rozmiar lub kształt nie odpowiadają wzorowi recepty, a dane na recepcie są zamieszczone w sposób czytelny.*

Sytuacja, w której recepta została wystawiona na druku, którego wzór nie odpowiada **treściowo** wzorowi z rozporządzenia, nie została w powyższym przepisie przewidziana. Wskazać ponadto należy, że zgodnie z art. 96 ust. 9c ustawy Prawo farmaceutyczne: *Jeżeli recepta w postaci papierowej została wystawiona w sposób błędny, niekompletny lub niezgodny z ustawą, osoba wystawiająca receptę dokonuje poprawek na tej receptce. Każda poprawka wymaga dodatkowego złożenia własnoręcznego podpisu i odcisnięcia pieczętki albo nadrukowania - przy poprawianej informacji - danych identyfikujących osobę wystawiającą receptę.*

Nawet jeśli przyjąć, że recepta wystawiona na starym druku, wystawiona została w sposób niezgodny z ustawą w rozumieniu powyższego przepisu, to w celu jej realizacji, na wystawiającej ją osobie spoczywa obowiązek dokonania na receptce poprawki, która wymaga spełnienia określonych w tym przepisie dodatkowych warunków. Z ostrożności należałoby jednak zalecić wystawienie recepty na druku odpowiadającym nowemu wzorowi, co powoli na uniknięcie wątpliwości w zakresie poprawności recepty.

Redakcja Serwisu osobno zwraca uwagę, że obowiązujące rozporządzenie w sprawie recept (podobnie jak wcześniej obowiązujące rozporządzenie w sprawie recept lekarskich), przewiduje odrębny wzór recepty na produkt leczniczy posiadający kategorię dostępności „Rpw”. Różnica pomiędzy starym i nowym wzorem, poza zmianą analogiczną do wskazanej powyżej, dodatkowo polega na usunięciu z nowego wzoru rubryki: **Data realizacji „od dnia”**.

Obowiązujący wzór recepty papierowej, określony został (wraz z pouczeniem) w załączniku nr 6 (w przypadku recepty na produkt leczniczy posiadający kategorię dostępności „Rpw” jest to wzór nr 7) do rozporządzenia z dnia 13 kwietnia 2018 r. Rozporządzenie dostępne jest pod adresem: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180000745>

Pełny tekst ustawy Prawo farmaceutyczne (należy wybrać tekst ujednolicony), dostępny jest pod adresem: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20011261381>.

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”.