

SERWIS INFORMACJI PRAWNEJ *e-informator*

Nr 14

[data publikacji: 22 marca 2019 roku]

WYDANIE ZAKTUALIZOWANE

[data aktualizacji: 30 marca 2019 roku]

Aktualizacja dotyczy:

- nowego rozporządzenie w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego (str. 24);
- nowego rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (str. 25);
- zmiany zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna (str. 22).

W ramach Serwisu przedstawione zostały zmiany w prawie wchodzące w życie w następującym okresie:	
22.03.2019 – 05.04.2019	w przypadku przepisów prawa powszechnie obowiązującego
08.03.2019 – 01.04.2019	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. działalności leczniczej wykonywanej przez szpitale.


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.

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
Zmiany wynikające z ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej	3
Zmiana ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta	20
[AKTUALIZACJA] Zmiana zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna	22
2. NOWE AKTY PRAWNE:	24
[AKTUALIZACJA] Nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego	24
[AKTUALIZACJA] Nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą	25
Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie wykazu świadczeń zdrowotnych, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego w ramach zadań Policji, Służby Ochrony Państwa, Straży Granicznej oraz Państwowej Straży Pożarnej	28
3. TERMINARZ LEKARZA:	31
4. AKTUALNY WYKAZ REFUNDOWANYCH LEKÓW, ŚRODKÓW SPOŻYWCZYCH SPECJALNEGO PRZEZNACZENIA ŻYWIENIOWEGO ORAZ WYROBÓW MEDYCZNYCH	36

1. ZMIANY W PRZEPISACH:

1. Zmiany w przepisach prawa powszechnie obowiązującego:

**Zmiany wynikające z ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie niektórych ustaw
w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki
zdrowotnej**

W dniu 1 kwietnia 2019 r. wejdzie w życie zmiana przepisów w następujących aktach prawnych:

- w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 ze zm.);
- w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r. poz. 408 ze zm.);
- w ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r. poz. 357 ze zm.);

co wynika z ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2429) – zwanej dalej **ustawą zmieniającą**.

Termin wejścia w życie przedmiotowych zmian wynika z art. 13 pkt 2 ustawy zmieniającej, który stanowi, że: *Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia* [ustawa została ogłoszona w dniu 27 grudnia 2018 r. – przyp. aut. Serwisu], *z wyjątkiem: (...) art. 4 pkt 1, pkt 3 lit. d-g oraz k, pkt 7, 9 i 10, art. 6 pkt 1 i 3-6, art. 9 oraz art. 12, które wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r.*

1. W przypadku zmian w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (wprowadzonych art. 4 pkt 1, pkt 3 lit. d-g oraz k, pkt 7, 9 i 10 ustawy zmieniającej), dotyczą one następujących przepisów¹:

1) nowego brzmienia art. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który zawiera definicje legalne używane w ramach ustawy:

- uchyleniu ulega pkt 32b, zawierający definicję pojęcia **skierowanie**, która brzmiała w sposób następujący:

~~skierowanie – skierowanie w postaci elektronicznej, a w postaci papierowej w przypadku:~~

~~a) braku dostępu do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 1845 oraz z 2018 r. poz. 697),~~

~~b) osoby o nieustalonej tożsamości,~~

¹ W celu ułatwienia prześledzenia przedmiotowych zmian, część z przepisów przytoczona została w szerszym zakresie. Ponadto, zmiany przedstawione zostały poprzez przytoczenie dotychczasowej i nowej treści nowelizowanych przepisów, z oznaczeniem kolorystycznym, którego opis zawarty został na stronie tytułowej Serwisu.

- ~~c) skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego i zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego,~~
- ~~d) skierowania na badania i konsultacje psychologiczne,~~
- ~~e) skierowania z zakresu prawa pracy,~~
- ~~f) skierowania na rehabilitację leczniczą,~~
- ~~g) skierowania, o którym mowa w art. 42b ust. 3;~~

W ramach uzasadnienia do projektu ustawy zmieniającej wskazano m.in., że:

(...) Art. 5 pkt 32b ustawy o świadczeniach zawiera definicję skierowania, która zakłada, że skierowanie jest co do zasady dokumentem w postaci elektronicznej, natomiast w enumeratywnie wskazanych przypadkach ma ono postać papierową. Zastosowana typologia nie jest jednak właściwa i budzi liczne wątpliwości interpretacyjne, bowiem katalog skierowań w postaci papierowej ma niejednorodny charakter (obejmując skierowania odpowiadające poszczególnym zakresom świadczeń, jak i wszelkie skierowania np. dla osób o nieustalonej tożsamości). Z powyższych względów, konieczne jest uchylene pkt 32b w art. 5 ustawy o świadczeniach oraz wprowadzenie nowej regulacji dotyczącej skierowań w postaci elektronicznej definiowanej od strony pozytywnej.

- zmianie ulega pkt 32c, zawierający definicję pojęcia **system IOWISZ** (w tym zakresie doprecyzowaniu ulega wyłącznie oznaczenie Dziennika Ustaw):

system IOWISZ - system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 31a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 1845 oraz z 2018 r. poz. 697, 1515, 1544 i 2219);

2) **dodania po art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 19a**, który wprowadza rozwiązanie, zgodnie z którym

w harmonogramie przyjęć będą rejestrowane dane dotyczące wszystkich osób oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej niezależnie od powodu oczekiwania (a nie tylko pacjentów pierwszorazowych). W ramach uzasadnienia do projektu ustawy zmieniającej wskazano m.in., że:

(...) w szczególności uwzględni to sytuacje oczekiwania na kolejny etap leczenia, oczekiwanie z powodu braku możliwości uzyskania świadczenia w dniu zgłoszenia, oczekiwanie na życzenie osoby, która wybrała późniejszy termin niż wskazany przez świadczeniodawcę. Dzięki tym zmianom harmonogram przyjęć będzie odzwierciedlał planowane terminy udzielenia świadczeń wszystkim osobom, które zgłaszają się do świadczeniodawcy, tj. obok pacjentów pierwszorazowych także pacjentów przyjętych na bieżąco, pacjentów kontynuujących leczenie oraz osób mających prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością lub w trybie nagłym. Harmonogram przyjęć będzie stanowił integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę.

art. 19a.

1. Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach, świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne są udzielane każdego dnia w godzinach udzielania tych świadczeń, zgodnie z harmonogramem przyjęć prowadzonym przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Świadczeniodawca umieszcza w harmonogramie przyjęć świadczeniobiorcę, wyznaczając termin udzielenia świadczenia w następujący sposób:

1) świadczeniobiorcy zgłaszającemu się po raz pierwszy:

a) w przypadku przyjęcia w dniu zgłoszenia - termin udzielenia świadczenia w dniu zgłoszenia,

b) posiadającemu prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej - termin udzielenia świadczenia ustalony w sposób, o którym mowa w art. 47c ust. 4,

c) innemu niż wymieniony w lit. a i b - termin udzielenia świadczenia wynikający z prowadzonej listy oczekujących na udzielenie świadczenia, zgodnie z art. 20;

2) świadczeniobiorcy kontynuującemu leczenie - termin udzielenia świadczenia wynikający z planu leczenia.

3. W przypadku świadczeniobiorcy, któremu udzielono świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłym, wpis w harmonogramie przyjęć może zostać dokonany także niezwłocznie po udzieleniu tego świadczenia.

4. Świadczeniodawca wpisuje w harmonogramie przyjęć:

1) dane, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. b-h oraz j;

2) dane dotyczące terminu udzielenia świadczenia:

a) termin wyznaczony w dniu wpisu w harmonogramie przyjęć,

b) informację o rezerwacji terminu - w przypadku gdy świadczeniobiorca wybrał termin późniejszy niż wskazany przez świadczeniodawcę,

c) zmianę terminu wraz z podaniem przyczyny tej zmiany, a w przypadku gdy przyczyną zmiany terminu jest zmiana kategorii świadczeniobiorcy, o której mowa w pkt 3, także uzasadnienie tej zmiany;

3) kategorię świadczeniobiorcy:

a) przyjęty na bieżąco - w przypadku świadczeniobiorcy, któremu udzielono świadczenia w dniu zgłoszenia, z wyłączeniem świadczeniobiorcy, o którym mowa w lit. d i f,

b) oczekujący - w przypadku świadczeniobiorcy wpisywanego na listę oczekujących,

c) oczekujący objęty diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego - w przypadku świadczeniobiorcy wpisywanego na listę oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 12,

d) posiadający prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej - ze wskazaniem podstawy tego prawa,

e) kontynuujący leczenie,

f) przyjęty w stanie nagłym;

4) datę i przyczynę skreślenia z harmonogramu przyjęć.

5. Świadczeniodawca może nie wpisywać w harmonogramie przyjęć terminu udzielenia świadczenia w przypadku świadczeń:
 - 1) pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej;
 - 2) opieki paliatywnej i hospicyjnej, innych niż:
 - a) udzielane w warunkach ambulatoryjnych,
 - b) świadczenia perinatalnej opieki paliatywnej.
6. Harmonogram przyjęć stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę.
7. Harmonogram przyjęć jest prowadzony w postaci elektronicznej.
8. Wpisów do harmonogramu przyjęć dokonuje się każdego dnia co najmniej w godzinach udzielania świadczeń przez świadczeniodawcę. Zgłoszenia świadczeniobiorców drogą elektroniczną dokonywane są w dowolnym czasie.
9. Do prowadzenia harmonogramu przyjęć stosuje się odpowiednio przepisy art. 20 ust. 2a-2d i ust. 5-9.

- 3) **nowego brzmienia art. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**, który zawiera regulację dotyczącą zasad ustalania kolejności dostępu do świadczeń. Przedmiotowy przepis przytoczony został w całości (kolorami oznaczono zmiany):

art. 5.

1. Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
 - 1a. Na liście oczekujących na udzielenie świadczenia nie umieszcza się świadczeniobiorców kontynuujących leczenie u danego świadczeniodawcy.
 - 1b. Zgłoszeń i wpisów na listę oczekujących na udzielenie świadczenia dokonuje się każdego dnia w godzinach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez danego świadczeniodawcę.
2. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1:
 - 1) ustala kolejność udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszeń świadczeniobiorcy;
 - 2) informuje pisemnie świadczeniobiorcę o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej, ustalonej zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie ust. 11, i terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu;
 - 3) wpisuje za zgodą świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego:
 - a) numer kolejny,
 - b) datę i godzinę wpisu,
 - c) imię i nazwisko świadczeniobiorcy,

- d) numer PESEL, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy,
 - e) rozpoznanie lub powód przyjęcia,
 - f) adres świadczeniobiorcy,
 - g) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem,
 - h) termin udzielenia świadczenia,
 - i) imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu
- w kolejnej pozycji prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia;

- 4) wpisuje datę i przyczynę skreślenia świadczeniobiorcy z prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia;
- 5) przechowuje oryginał skierowania w postaci papierowej przekazany przez świadczeniobiorcę, w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie skierowania.

2a. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie skierowania, świadczeniobiorca jest obowiązany:

- 1) dostarczyć świadczeniodawcy oryginał skierowania w postaci papierowej, nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących, pod rygorem skreślenia z listy oczekujących, albo
- 2) ~~udostępnić świadczeniodawcy, przed dokonaniem wpisu na listę oczekujących, kod dostępu do skierowania w postaci elektronicznej oraz nr PESEL, a w przypadku osoby, która nie ma nadanego numeru PESEL – numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.~~

udostępnić świadczeniodawcy, przed dokonaniem wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia:

- a) **klucz dostępu do skierowania, o którym mowa w art. 59b ust. 1 pkt 1, albo**
- b) **kod dostępu, o którym mowa w art. 59b ust. 1 pkt 2, oraz numer PESEL, a w przypadku jego braku - serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.**

2aa. Do terminu dostarczenia świadczeniodawcy oryginału skierowania w postaci papierowej stosuje się przepisy art. 165 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1360).

2ab. W przypadku, o którym mowa w ust. 2a pkt 2, świadczeniodawca dokonuje wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia przez określenie odpowiedniego statusu skierowania, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2, w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

2b. W przypadku skreślenia świadczeniobiorcy z listy oczekujących w wyniku rezygnacji z udzielenia świadczenia, niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia albo zakończenia przez świadczeniodawcę wykonywania umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniodawca:

- 1) zwraca świadczeniobiorcy oryginał skierowania, w przypadku skierowania w postaci papierowej, albo
- 2) umożliwia ponowne użycie skierowania, o którym mowa w postaci przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2, przez odpowiednią zmianę jego statusu w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w przypadku skierowania w postaci elektronicznej.

2c. W przypadku braku dostępu do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, świadczeniodawca wpisuje świadczeniobiorcę w kolejnej pozycji prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia, na podstawie informacji, o której mowa w art. 59b ust. 1.

2d. Niezwłocznie po uzyskaniu dostępu do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, świadczeniodawca dokonuje czynności, o której mowa w ust. 2ab.

3. Dokonanie przez świadczeniodawcę czynności, o których mowa w ust. 2 pkt 2 i 3, jest równoznaczne z zobowiązaniem się do udzielenia danego świadczenia opieki zdrowotnej.
4. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę.
5. Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie ust. 11.
6. Świadczeniodawca ustala kolejność przyjęć i zapewnia prawidłowe prowadzenie list oczekujących albo wyznacza osoby odpowiedzialne za realizację tych zadań.
7. W razie zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia, świadczeniobiorca informuje o tym świadczeniodawcę, który, jeżeli wynika to z kryteriów medycznych, koryguje odpowiednio termin udzielenia świadczenia i informuje niezwłocznie świadczeniobiorcę o nowym terminie.
8. W przypadku wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, świadczeniodawca informuje świadczeniobiorcę w każdy dostępny sposób o zmianie terminu wynikającego ze zmiany kolejności udzielenia świadczenia i jej przyczynie. Przepis ten dotyczy także przypadku zmiany terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy. W przypadku gdy świadczeniobiorca nie wyraża zgody na zmianę terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy, świadczeniodawca

- informuje o możliwości zmiany terminu następnego świadczeniobiorcę z listy oczekujących, zgodnie z kolejnością ustaloną na podstawie zgłoszenia.*
- 8a. W przypadku, o którym mowa w ust. 8, przekazanie świadczeniobiorcy informacji o zmianie terminu udzielenia świadczenia, w przypadku świadczeń, dla których do planowanego terminu udzielenia świadczenia pozostało więcej niż 180 dni, może odbywać się raz na trzy miesiące.*
- 9. W przypadku gdy świadczeniobiorca nie może stawić się u świadczeniodawcy w terminie określonym w trybie ust. 2, 7 lub 8 lub gdy zrezygnował ze świadczenia opieki zdrowotnej, jest on obowiązany niezwłocznie powiadomić o tym świadczeniodawcę.*
- 9a. W przypadku, o którym mowa w ust. 9, świadczeniodawca może informować o możliwości zmiany terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej świadczeniobiorców oczekujących na udzielenie świadczenia wpisanych na tę listę, którym określono termin udzielenia świadczenia w przedziale między 7. a 30. dniem liczonym od upływu terminu wyznaczonego dla świadczeniobiorcy, który nie stawił się u świadczeniodawcy w celu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej lub zrezygnował z udzielenia tego świadczenia, z uwzględnieniem kryteriów medycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 11.*
- 10. W celu otrzymania danego świadczenia opieki zdrowotnej świadczeniobiorca może wpisać się na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy.*
- 10a. W przypadku zakończenia wykonywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca wpisany na listę oczekujących u świadczeniodawcy, który wykonywał tę umowę, może wpisać się na listę oczekujących prowadzoną przez innego świadczeniodawcę wykonującego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie.*
- 10b. Świadczeniodawca, do którego zgłasza się świadczeniobiorca, ustala kolejność przyjęć, z uwzględnieniem daty zgłoszenia u świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.*
- 10c. Świadczeniodawca, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jest obowiązany wydać świadczeniobiorcy zaświadczenie o wpisaniu na listę oczekujących wraz z podaniem daty zgłoszenia się świadczeniobiorcy. Za wydanie zaświadczenia świadczeniobiorca nie ponosi opłaty.*
- 10d. Oddział wojewódzki Funduszu informuje w każdy dostępny sposób świadczeniobiorców wpisanych na listy oczekujących u świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z tym oddziałem, oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia.*
- 10e. W przypadku niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia, świadczeniobiorca podlega skreśleniu z listy oczekujących, chyba że uprawdopodobni, że niezgłoszenie się nastąpiło z powodu siły wyższej.*
- 10f. Wniosek o przywrócenie na listę oczekujących świadczeniobiorca jest obowiązany zgłosić niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od dnia ustania przyczyny niezgłoszenia się na*

ustalony termin udzielenia świadczenia. W przypadku przywrócenia na listę oczekujących przepis ust. 10b stosuje się odpowiednio.

10fa. W przypadku gdy świadczeniobiorca otrzyma więcej niż jedno skierowanie, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2, na takie samo świadczenie opieki zdrowotnej, przepis ust. 10 stosuje się.

10g. Listy oczekujących na udzielenie świadczeń, o których mowa w ust. 1, prowadzi się w postaci elektronicznej.

11. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, kryteria medyczne, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących, uwzględniając aktualną wiedzę medyczną.

12. Dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym świadczeniodawca prowadzi odrębną listę oczekujących na udzielenie świadczenia. Do listy tej nie stosuje się przepisów wydanych na podstawie ust. 11.

13. Świadczeniodawca umieszcza świadczeniobiorcę, z wyjątkiem świadczeniobiorcy znajdującego się w stanie nagłym, na liście określonej w ust. 12, na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1, oraz następujących kryteriów medycznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej:

- 1) stanu zdrowia świadczeniobiorcy;
- 2) rokowania co do dalszego przebiegu nowotworu;
- 3) chorób współistniejących mających wpływ na nowotwór, z powodu którego ma być udzielone świadczenie;
- 4) zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.

14. Przepisów ust. 12 i 13 nie stosuje się do nowotworów skóry, z wyjątkiem czerniaka skóry.

4) nowego brzmienia art. 42 ust. 5 pkt 3 lit. a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który odnosi się do kwestii załączników do wniosku świadczeniodawcy o zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej. Ustęp 5 został przytoczony w całości (kolorami oznaczono zmiany):

art. 42.

5. Do wniosku o zwrot kosztów dołącza się:

- 1) oryginał rachunku wystawionego w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub oryginał rachunku wystawionego w państwie członkowskim Unii Europejskiej przez aptekę albo dostawcę wyrobów medycznych;
- 2) dokument potwierdzający pokrycie całości kosztów świadczenia, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów, w przypadku gdy nie wynika to z dokumentu, o którym mowa w pkt 1;

3) oryginał lub kopię odpowiednio:

a) ~~skierowania lub zlecenia, o którym mowa w art. 42b ust. 3-5,~~

skierowania, a w przypadku skierowania, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2, wydruk, o którym mowa w art. 59b ust. 2 pkt 3, lub zlecenia, o którym mowa w art. 42b ust. 3-5,

b) recepty, o której mowa w art. 42b ust. 10 pkt 1, albo recepty transgranicznej,

c) zlecenia, o którym mowa w art. 42b ust. 11.

5) **dodania po art. 59a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 59aa**, który stanowi konsekwencję wspomnianego uchylecia art. 5 pkt 32b tej samej ustawy, zawierającego definicję skierowania (opis w pkt 1 powyżej).

W ramach uzasadnienia do projektu ustawy zmieniającej wskazano w tym zakresie m.in., że: *Z dodawanego art. 59aa ust. 1 ustawy o świadczeniach będzie wprost wynikać, że skierowania mogą być wystawiane zarówno w postaci papierowej jak i elektronicznej. Obowiązek wystawiania skierowań w postaci elektronicznej będzie dotyczyć wyłącznie skierowań zapisywanych w Systemie Informacji Medycznej, o którym mowa w art. 5 ust. 1 pkt 1 ustawy o systemie, zwanym dalej "SIM". Wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, dla których skierowania są wystawiane w postaci elektronicznej w SIM określony zostanie w rozporządzeniu wydany przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 59aa ust. 2 ustawy o świadczeniach. Będą to skierowania, o których mowa w art. 57 i art. 58 ustawy o świadczeniach, czyli skierowania na ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, na leczenie szpitalne oraz na wybrane badania diagnostyczne - między innymi na badania medycyny nuklearnej, na badania tomografii komputerowej, na badania rezonansu magnetycznego, na badania endoskopowe przewodu pokarmowego, na badania echokardiograficzne płodu. Minister właściwy do spraw zdrowia, określając wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, dla których skierowania w postaci elektronicznej będą wystawiane w SIM, będzie kierował się zarówno sposobem finansowania tych świadczeń jak również uwzględnieniem zasad realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie skierowania. Skierowania na badania medycyny nuklearnej oraz na badania tomografii komputerowej będą wystawiane w postaci elektronicznej w SIM także w przypadku gdy badania te będą finansowane ze środków innych niż środki publiczne. W tych przypadkach skierowanie jest bowiem niezbędne, nie tylko gdy dane badanie finansowane jest ze środków publicznych. Skierowania w postaci elektronicznej w SIM, nie będą natomiast obejmować dokumentów, które potocznie są często nazywane również skierowaniami albo zleceniami, a dotyczą one kierowania pacjentów na różnego rodzaju badania, czy konsultacje w ramach już udzielanych tym pacjentom świadczeń opieki zdrowotnej. Dotyczy to takich sytuacji, jak kierowanie pacjenta w ramach planowego leczenia operacyjnego w szpitalu na badania diagnostyczne i konsultacje, czy też kierowanie przez podmiot udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na dodatkowe badania diagnostyczne w związku z prowadzonym leczeniem (§ 12 ust. 6 i 7 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, z późn. zm.)). Wówczas to świadczeniodawca pokrywa koszty tych badań, a od pacjenta nie jest wymagane skierowanie.*

Skierowania, o których mowa w dodawanym art. 59aa ust. 2 ustawy o świadczeniach, co do zasady wystawiane w SIM, będą miały jednak postać papierową w przypadkach, gdy będą wystawiane dla osób o nieustalonej

tożsamości, w przypadku braku dostępu do systemu teleinformatycznego Platformy P1, a także gdy będą wystawiane przez lekarza, lekarza dentyzę, pielęgniarkę lub położną z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej, którzy czasowo i okazjonalnie wykonują swój zawód w Rzeczypospolitej Polskiej.

Podkreślić przy tym należy, że docelowo katalog skierowań w postaci elektronicznej wraz z rozwojem Platformy P1 będzie stopniowo poszerzany na inne świadczenia opieki zdrowotnej.

W pozostałym zakresie, tj. poza SIM świadczeniodawcy będą mogli samodzielnie decydować, w jakiej postaci będą wystawiać skierowania.

E-skierowania w SIM będą wystawiane, podobnie jak e-recepty, w ramach Platformy P1 i w związku z powyższym ich centralizacja nastąpi już na etapie ich tworzenia oraz przydzielania im numerów, co ma niebagatelne znaczenie dla praktycznej realizacji normy prawnej określającej, że pacjent w celu otrzymania danego świadczenia opieki zdrowotnej może wpisać się tylko na jedną listę oczekujących na udzielenie świadczenia u jednego świadczeniodawcy. Ponadto należy podkreślić, że wdrożenie e-skierowań, podobnie jak e-recept, będzie miało pozytywny wpływ na rozwój telemedycyny. W przypadku bowiem badania pacjenta za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności możliwe będzie wystawienie e-skierowania, o którym informacje pacjent otrzyma w uzgodniony z nim sposób - w tym aspekcie doprecyzowaniu podlega art. 59b ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach.

W art. 59aa ust. 4 ustawy o świadczeniach proponuje się, aby numer identyfikujący skierowanie w postaci elektronicznej był nadawany przez system teleinformatyczny usługodawcy lub przez system teleinformatyczny Platformy P1. W konsekwencji zmianie ulega art. 11 ust. 4 pkt 4 lit. b oraz pkt 8 ustawy o systemie. Jednocześnie, w związku z uchynieniem art. 14 ustawy o systemie, zaproponowano w art. 59aa ust. 5 i 6 ustawy o świadczeniach przepisy doprecyzowujące, że skierowania zapisuje się i przechowuje w SIM, a treść skierowania zapisanego w SIM nie może być zmieniana. W przypadku błędów, zmiana treści skierowania, podobnie jak recepty następuje przez wystawienie nowego skierowania.

art. 59aa.

1. Skierowanie jest wystawiane w postaci papierowej albo w postaci elektronicznej.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, dla których skierowania są wystawiane w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej, o którym mowa w art. 5 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, zwanym dalej "SIM", mając na uwadze sposób finansowania tych świadczeń oraz z uwzględnieniem zasad realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie skierowania.
3. Skierowania, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie ust. 2, są wystawiane w postaci papierowej w przypadku:
 - 1) braku dostępu do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;
 - 2) skierowania dla osoby o nieustalonej tożsamości;

- 3) skierowania wystawianego przez lekarza, o którym mowa w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2018 r. poz. 617, z późn. zm.), albo pielęgniarkę i położną, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.
4. Numer identyfikujący skierowanie, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie ust. 2, zwany dalej "identyfikatorem skierowania", jest nadawany przez system teleinformatyczny usługodawcy w rozumieniu art. 2 pkt 15 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia lub system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 7 tej ustawy.
5. Skierowania, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie ust. 2, zapisuje się i przechowuje w SIM.
6. Treść skierowania zapisanego w SIM nie może być zmieniana. Skierowanie, którego treść wymaga zmiany, zostaje anulowane w SIM przez osobę wystawiającą to skierowanie, a zmiana treści takiego skierowania następuje przez wystawienie nowego skierowania.

6) nowego brzmienia art. 59b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który dotyczy informacji otrzymywanych przez świadczeniobiorcę, w oparciu o skierowanie wystawione w postaci elektronicznej. Przepis ten został przytoczony w całości (kolorami oznaczono zmiany):

art. 59b.

1. W przypadku skierowania, o którym mowa w ~~postaci~~ przepisach wydanych na podstawie elektronicznej art. 59aa ust. 2, świadczeniobiorca otrzymuje informację o wystawionym skierowaniu zawierającą następujące dane:
 - 1) ~~klucz dostępu do skierowania;~~
numer składający się z czterdziestu czterech cyfr generowany w momencie zapisu skierowania przez system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, umożliwiający dostęp do skierowania, zwany dalej "kluczem dostępu do skierowania";
 - 2) ~~kod dostępu do skierowania;~~
numer składający się z czterech cyfr generowany w momencie zapisu skierowania przez system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, umożliwiający dostęp do skierowania w połączeniu z identyfikatorem usługobiorcy, o którym mowa w art. 17c ust. 2 tej ustawy, zwany dalej "kodem dostępu";
 - 3) identyfikator ~~zbioru wersji~~ skierowania;
 - 4) datę wystawienia skierowania;
 - 5) imię i nazwisko świadczeniobiorcy;
 - 6) ~~imię i nazwisko osoby wystawiającej skierowanie;~~

nazwę usługodawcy w rozumieniu art. 2 pkt 15 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz identyfikator usługodawcy, o którym mowa w art. 17c ust. 3 tej ustawy;

- 7) numer prawa wykonywania zawodu osoby wystawiającej skierowanie;
imię i nazwisko osoby wystawiającej skierowanie;
- 8) numer telefonu kontaktowego do osoby wystawiającej skierowanie;
identyfikator pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;
- 9) nazwę dokumentu, jeżeli jest inna niż "skierowanie";
numer telefonu do świadczeniodawcy wystawiającego skierowanie;
- 10) typ skierowania zgodny z klasyfikacją skierowań stosowaną w Systemie Informacji Medycznej, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;
typ skierowania;
- 11) informację "przypadek pilny", jeżeli dotyczy;
- 12) oznaczenie rodzaju podmiotu, do którego kieruje się świadczeniobiorcą, jeżeli dotyczy;
- 13) wskazane przez osobę wystawiającą skierowanie miejsce jego realizacji, jeżeli dotyczy.

2. Informację, o której mowa w ust. 1, świadczeniobiorca otrzymuje:

- 1) na ~~adres poczty elektronicznej~~ wskazany w systemie informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, **adres poczty elektronicznej, jeżeli dotyczy;**
- 2) na wskazany w systemie informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, numer telefonu, w ~~formie postaci~~ wiadomości tekstowej ~~zawierającej kod dostępu, o którym zawierającej mowa co w~~ **najmniej** ~~ust. kod 1 pkt 2,~~ **codziennie** ~~dostępu~~ oraz informację o ~~wymagalności konieczności podania~~ numeru dokumentu PESEL, ~~potwierdzającego tożsamość przy~~ **jeżeli realizacji skierowania** ~~dotyczy;~~
- 3) **w postaci wydruku** - w przypadku braku wskazania w systemie informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, danych, o których mowa w pkt 1 i 2, oraz na ~~każde~~ żądanie świadczeniobiorcy, **albo** w ~~formie~~ **innej uzgodnionej postaci wydruku,** zawierającej **co najmniej klucz dostępu do skierowania lub kod dostępu a** - w przypadku udzielania świadczenia ~~zdrowotnego~~ **opieki zdrowotnej w miejscu wezwania lub badania za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności** i braku możliwości przekazania informacji w ~~formie~~ **postaci** wydruku, w ~~innej uzgodnionej formie.~~

2a. Informacja o wystawionym skierowaniu może zawierać fotokody, w tym kody QR.

3. Informację, o której mowa w ust. 2 pkt 3, wydaje osoba wystawiająca skierowanie.

4. Informacja o wystawionym skierowaniu nie może zawierać żadnych innych niż określone w ust. 1 i 2a treści, w szczególności o charakterze reklamy.
5. Informacja o wystawionym skierowaniu nie zastępuje skierowania.

2. W przypadku zmian w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (wprowadzonych art. 6 pkt 1 i 3-6 ustawy zmieniającej), dotyczą one następujących przepisów:

1) nowego brzmienia art. 2 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, który zawiera definicje legalne używane w ramach ustawy:

- zmianie ulega pkt 6, zawierający definicję pojęcia **elektronicznej dokumentacji medycznej**:
elektroniczna dokumentacja medyczna - dokumenty wytworzone w postaci elektronicznej opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych:
 - a) ~~umożliwiający uzyskanie od usługodawcy świadczenia opieki zdrowotnej określonego rodzaju, z wyłączeniem zleceń na wyroby medyczne,~~
recepty,
 - b) określone w przepisach wydanych na podstawie art. 13a~~7~~,
 - c) skierowania określone w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.);
- zmianie ulega pkt 14, zawierający definicję pojęcia **świadczenia opieki zdrowotnej** (w zakresie oznaczenia Dziennika Ustaw):
świadczenie opieki zdrowotnej - świadczenie opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 5 pkt 34 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.);

2) nowego brzmienia art. 11 ust. 4 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, który określa dane zamieszczane w Systemie Informacji Medycznej przez usługodawcę, umożliwiające pobranie danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej przez innego usługodawcę lub pobranie dokumentów elektronicznych niezbędnych do prowadzenia diagnostyki, zapewnienia ciągłości leczenia oraz zaopatrzenia usługobiorców w produkty lecznicze i wyroby medyczne. Ustęp 4 przytoczony został poniżej w całości:

4. Dane, o których mowa w ust. 3, obejmują:
- 1) dane usługodawcy:
 - a) identyfikator,
 - b) pełną nazwę;
 - 2) dane usługobiorcy:
 - a) identyfikator,
 - b) identyfikator w systemie usługodawcy, jeżeli jest inny niż wskazany w lit. a,
 - c) imię i nazwisko,
 - d) datę urodzenia,
 - e) płeć;
 - 3) dane pracownika medycznego, który uczestniczył w zdarzeniu medycznym przetwarzanym w systemie informacji lub wytworzył elektroniczną dokumentację medyczną, lub zamieścił dane w SIM:
 - a) identyfikator,
 - b) imię i nazwisko,
 - c) zawód lub specjalizację;
 - 4) dane zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji:
 - a) identyfikator nadawany w systemie usługodawcy,
 - b) identyfikator skierowania, o którym mowa w art. 59aa ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na podstawie którego nastąpiło dane zdarzenie, jeżeli dotyczy,
 - c) typ, spośród typów zamieszczonych w Biuletynie Informacji Publicznej ministra właściwego do spraw zdrowia,
 - d) datę rozpoczęcia i zakończenia,
 - e) rozpoznania,
 - f) wykonane procedury medyczne, jeżeli dotyczy,
 - g) numer identyfikacyjny płatnika, o którym mowa w art. 2 pkt 9 lit. a, który finansuje lub współfinansuje udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej finansowanego ze środków publicznych,
 - h) numer wpisu do księgi głównej przyjęć i wypisów, jeżeli dotyczy,
 - i) kod trybu przyjęcia i wypisu osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, w przypadku pobytu w oddziale szpitalnym, jeżeli dotyczy;
 - 5) dane miejsca wystąpienia zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji:
 - a) identyfikator miejsca udzielenia świadczenia,
 - b) nazwę,
 - c) adres,

- d) kod specjalności komórki organizacyjnej, w której wystąpiło zdarzenie medyczne przetwarzane w systemie informacji, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, jeżeli dotyczy,
 - e) kod dziedziny medycyny lub pielęgniarstwa, którego dotyczy zdarzenie medyczne przetwarzane w systemie informacji lub wytworzona elektroniczna dokumentacja medyczna, stanowiący część X systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 6) dane elektronicznej dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 2 pkt 6 lit. b, wytworzonej w związku ze zdarzeniem medycznym przetwarzanym w systemie informacji:
- a) identyfikator usługodawcy nadawany przez system,
 - b) rodzaj,
 - c) datę wytworzenia,
 - d) format,
 - e) rozmiar,
 - f) powiązane z nią procedury medyczne,
 - g) tryb udostępniania,
 - h) identyfikator usługodawcy odpowiedzialnego za jej przetwarzanie i udostępnianie;
- 7) elektroniczną dokumentację medyczną, o której mowa w art. ~~14~~ 2 pkt 6 ~~ust.~~ lit. 4 a oraz c;
- 8) ~~dane dotyczące realizacji recepty, potwierdzenia albo realizacji zlecenia w postaci elektronicznej, informacji o zmianie statusu skierowania w postaci elektronicznej lub decyzji dotyczącej deklaracji wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;~~
dane dotyczące realizacji recepty lub zmiany statusu skierowania określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 9) wniosek o udostępnienie elektronicznej dokumentacji medycznej, jeżeli dotyczy;
- 10) dane potwierdzające udostępnienie elektronicznej dokumentacji medycznej, jeżeli dotyczy;
- 11) (uchylony);
- 12) dane dotyczące zmiany dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 2 pkt 6 lit. b, jeżeli dotyczy;

- a) imię i nazwisko pracownika medycznego, który dokonał zmiany,
- b) identyfikator pracownika medycznego, który dokonał zmiany,
- c) przyczynę zmiany.

13) (uchylony).

3) nowego brzmienia art. 12 ust. 4 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, który dotyczy danych przetwarzanych w Systemie Informacji Medycznej:

Płatnikom, o których mowa w art. 2 pkt 9 lit. a [mowa w tym wypadku o podmiocie finansującym lub współfinansującym udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej – przyp. aut. Serwisu], przysługuje dostęp do danych, w tym danych osobowych i jednostkowych danych medycznych usługobiorców oraz danych dotyczących usługodawców, przetwarzanych w SIM, w zakresie niezbędnym do realizacji zadań, o których mowa w ust. 1 pkt 1-6 i 8, oraz prawo do pobrania z modułu statystyczno-rozliczeniowego danych niezbędnych do rozliczania udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej.

4) uchylenia art. 14 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, który dotyczył modułów danych przetwarzanych w Systemie Informacji Medycznej.

W uzasadnieniu do projektu ustawy zmieniającej wskazano w tym zakresie, że:

Obecna regulacja ta jest nieadekwatna do rzeczywistego kształtu SIM, który nie zawiera modułów określonych w art. 14 ustawy o systemie. W konsekwencji dokonuje się również zmiany ustawy o systemie – w art. 11 ust. 4 pkt 7 (usunięcie odwołania do modułu zleceń) oraz w art. 12 ust. 4 (usunięcie odwołania do modułu statystyczno-rozliczeniowego), a także w ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217, z późn. zm.) w zakresie usunięcia deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

5) uchylenia art. 56 ust. 3 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, który przewiduje termin dopuszczający możliwość wystawiania skierowań w postaci papierowej (do 31 grudnia 2020 r.). Jednocześnie wskazać w tym miejscu należy, że przepis ten uwzględniony został w art. 12 ustawy zmieniającej (który również wchodzi w życie 1 kwietnia 2019 r.), zgodnie z którym:

Skierowania, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2 ustawy zmienianej w art. 4, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, mogą być wystawiane w postaci papierowej do dnia 31 grudnia 2020 r.

W uzasadnieniu do projektu ustawy zmieniającej wskazano w tym zakresie, że:

Równoległe uchyla się art. 56 ust. 3 ustawy o systemie, którego treść zostaje przeniesiona do art. 12 projektu ustawy. Z nowego brzmienia przepisu wprost wynika, że obowiązek wystawiania skierowań w postaci elektronicznej dotyczy wyłącznie skierowań, o których mowa w art. 59aa ust. 2 ustawy o świadczeniach. Zmiana ta wyklucza wszelkie wątpliwości interpretacyjne w zakresie rzeczywistego zakresu przedmiotowego EDM.

3. W przypadku zmian w ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (wprowadzonych art. 9 ustawy zmieniającej), dotyczą one uchylecia ust. 2 i 6 w art. 10 tej ustawy, który dotyczy deklaracji wyboru świadczeniodawcy, udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Uchyleniu ulegają tym samym przepisy o następującej treści:

- art. 10 ust. 2 ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej:

Dokonanie przez świadczeniobiorcę wyboru, o którym mowa w art. 9 ust. 1 i 2, może nastąpić za pomocą systemu, o którym mowa w art. 10 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 1845, z późn. zm.).

- art. 10 ust. 6 ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej:

W przypadku, o którym mowa w ust. 2, deklaracje wyboru świadczeniodawcy przechowuje w module podstawowym, o którym mowa w art. 14 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

Powyższe zmiany mają związek ze wspomnianym uchYLENIEM art. 14 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia – dotyczącym modułów danych Systemu Informacji Medycznej (o czym wspomniano wyżej w pkt. 4 części poświęconej zmianom w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia).

Pełen tekst ustawy zmieniającej, dostępny jest na stronie Internetowego Systemu Aktów Prawnych, pod adresem: <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180002429> .

Pełen tekst uzasadnienia do projektu ustawy zmieniającej, dostępny jest na stronie Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej, pod adresem: <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/druk.xsp?nr=3017> – należy wybrać plik o nazwie: [3017-uzas.docx](#).

Pełne teksty ustaw zmienianych, dostępne są na stronach Internetowego Systemu Aktów Prawnych, pod następującymi adresami:

- ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych: <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20042102135> – należy wybrać tekst ujednoczony (który uwzględnia wspomniane powyżej zmiany);
- ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia: <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20111130657> – należy wybrać tekst ujednoczony (który uwzględnia wspomniane powyżej zmiany);
- ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej: <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170002217> – należy wybrać tekst ujednoczony (który uwzględnia wspomniane powyżej zmiany).

Zmiana ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

W dniu 22 marca 2019 r. wchodzi w życie ustawa z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 447) – zwana dalej **ustawą zmieniającą**. Zgodnie z art. 1 ust. 7 tej ustawy: *Celem działalności Agencji jest wspieranie działalności innowacyjnej w ochronie zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju niekomercyjnych badań klinicznych.*

W związku z wejściem w życie ustawy zmieniającej, nowelizacji ulega kilka aktów prawnych – w zakresie odnoszącym się wprost do Agencji Badań Medycznych. Szczególną uwagę zwrócić należy na nowelizację art. 26 i 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 ze zm.) – zwanej dalej **ustawą o prawach pacjenta**.

Na podstawie art. 36 ustawy zmieniającej, w ramach katalogu podmiotów, którym udostępniana jest dokumentacja medyczna podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych (art. 26 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta), dodatkowo uwzględniono wspomnianą Agencję Badań Medycznych. Tym samym, zgodnie z art. 26 ust. 3 pkt 2d ustawy o prawach pacjenta:

3. *Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną również: (...)*
- 2d) *Agencji Badań Medycznych w zakresie określonym ustawą z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych (Dz. U. poz. 447);*

Jednocześnie doprecyzować w tym miejscu należy, że powyższe uprawnienie Agencji Badań Medycznych ograniczone jest do zakresu, o którym mowa w art. 15 ust. 4 ustawy zmieniającej. Zgodnie z tym przepisem:

4. W zakresie danych osobowych, o którym mowa w ust. 3, Agencja ma prawo dostępu do:
- 1) *danych gromadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz do baz danych dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, prowadzonych przez podmioty inne niż Narodowy Fundusz Zdrowia;*
 - 2) *rejestrów medycznych, o których mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2019 r. poz. 408);*
 - 3) *dokumentacji medycznej.*

Przez dane osobowe, o których mowa w art. 15 ust. 3 ustawy zmieniającej, należy z kolei rozumieć następujące dane niezbędne do prowadzenia badań naukowych i prac rozwojowych:

- 1) *numer PESEL osoby uczestniczącej w badaniu naukowym lub pracy rozwojowej lub świadczeniobiorcy w rozumieniu art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.), a w przypadku jego braku - rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;*

- 2) numer kodu pocztowego adresu miejsca zamieszkania osoby uczestniczącej w badaniu naukowym lub pracy rozwojowej lub świadczeniobiorcy;
- 3) informacje o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych udzielonych na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub na podstawie badania naukowego finansowanego przez Agencję.

W oparciu o art. 36 pkt 2 ustawy zmieniającej, odpowiedniej modyfikacji ulega także art. 28 ust. 2b ustawy o prawach pacjenta:

Oplaty, o której mowa w ust. 1²⁾, nie pobiera się w przypadku udostępniania udostępnienia dokumentacji medycznej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych.

Pełen tekst ustawy zmieniającej, dostępny jest na stronie Internetowego Systemu Aktów Prawnych, pod adresem: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190000447> .

Pełen tekst ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, dostępny jest na stronie Internetowego Systemu Aktów Prawnych (w wersji nieuwzględniającej przedstawionej powyżej zmiany), pod adresem: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20090520417> .

² Mowa w tym wypadku o opłacie za udostępnienie dokumentacji medycznej poprzez: 1) sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku; 2) na informatycznym nośniku danych; 3) przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazanie jej za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej lub na informatycznym nośniku danych.

2. Zmiany w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia:

[AKTUALIZACJA] Zmiana zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna

W dniu 29 marca 2019 r. opublikowane zostało Zarządzenie Nr 37/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r., zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna – zwane dalej: **zarządzeniem zmieniającym**.

Pierwotnie opublikowane zarządzenie w powyższym przedmiocie nosi numer 22/2018/DSOZ (z dnia 14 marca 2018 r.) i było ono już dotychczas kilkakrotnie modyfikowane (zarządzeniami nr: 64/2018/DSOZ, 81/2018/DSOZ oraz 94/2018/DSOZ).

Przedmiotowa zmiana dotyczy dodania w załączniku nr 2 (część b)³ w § 4, po ust. 6 – nowego ustępu 6a, zgodnie z którym:

W przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń, w zakresie: badania tomografii komputerowej lub w zakresie: badania rezonansu magnetycznego, przekroczy określoną dla nich kwotę zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy, na wniosek Świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie – odpowiedniemu zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych i kwoty zobowiązań oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

Jak wskazano w uzasadnieniu do zarządzenia zmieniającego:

*Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem polegają na wdrożeniu rozwiązań umożliwiających skrócenie czasu oczekiwania na wykonanie tomografii komputerowej (TK) oraz rezonansu magnetycznego (RM) **poprzez wprowadzenie bezlimitowego rozliczania i finansowania tych świadczeń**. Rozliczanie zgodnie z rzeczywistym wykonaniem, powinno zmotywować świadczeniodawców do realizacji większej liczby badań i poprawy dostępności. Jest to szczególnie ważne, z uwagi na dużą liczbę chorych oczekujących i długie oczekiwanie na badanie.*

Przepisy zarządzenia mają zastosowanie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych nie wcześniej niż od dnia 1 kwietnia 2019 r.

Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2016 r. poz. 1146, z późn. zm.), został przedstawiony do konsultacji zewnętrznych.

³ Jest to wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne).

W trakcie konsultacji wpłynęło 12 uwag. Prawie wszyscy zgłaszający poparli przedstawiony projekt. Jeden z piszących, nieposiadający umowy z NFZ podniósł, że wprowadzone rozwiązanie negatywnie wpłynie na funkcjonowanie podmiotów wykonujących badania poza systemem NFZ.

Szacunkowy koszt wprowadzenia tego rozwiązania, przyjmując, że liczba wykonywanych badań zwiększy się o 30%, wyniesie około 189,8 mln zł w okresie 1.04. - 31.12.2019r.

Zgodnie z treścią §§ 2, 4 i 5 zarządzenia zmieniającego:

§ 2. Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie zarządzenia, stosuje się przepisy zarządzenia, o którym mowa w § 1 [zarządzenia nr 22/2018/DSOZ z dotychczasowymi zmianami – przyp. aut. Serwisu], w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia.

§ 4. Przepisy zarządzenia mają zastosowanie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 kwietnia 2019 r.

§ 5. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania. [w dniu 30 marca 2019 r.]

Pełen tekst zarządzenia zmieniającego, dostępny jest na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia, pod adresem:

<http://nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-372019dsoz,6904.html> .

Na powyższej stronie dostępne są także odnośniki do pierwotnego zarządzenia w tym przedmiocie (nr 22/2018/DSOZ) oraz dotychczasowych zarządzeń zmieniających.

2. NOWE AKTY PRAWNE:

1) Nowe akty prawa powszechnie obowiązującego:

[AKTUALIZACJA] Nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego

W dniu 28 marca 2019 r. ogłoszone zostało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2019 r. w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego (Dz. U. z 2019 r. poz. 582) – zwane dalej **nowym rozporządzeniem**.

Zgodnie z § 6, **weszło ono w życie w dniu 29 marca 2019 r.**

Powyższy akt prawny poprzedzony był rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz wzoru zlecenia naprawy (Dz. U. z 2013 r. poz. 1678), które utraciło moc z dniem 1 października 2018 r., na podstawie art. 12 pkt 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2018 r. poz. 1515 i 2429).

W ramach załączników nr 1 i 2 do nowego rozporządzenia, zawarte zostały kolejno: wzór zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz wzór zlecenia naprawy wyrobu medycznego.

Autorzy Serwisu zwracają uwagę na wystosowane w dniu 28 marca 2019 r. pismo Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzeja Matyji do Ministra Zdrowia Łukasza Szumowskiego, w którym wzór zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne został poddany krytyce, w związku z czasochłonnością jego wypełnienia. Jednocześnie, **wyrażony został apel o szybką nowelizację rozporządzenia i istotne uproszczenie wzoru zlecenia.**

Pełen tekst nowego rozporządzenia, dostępny jest na stronie internetowej Dziennika Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej, pod adresem: <http://dziennikustaw.gov.pl/du/2019/582/1>.

Pełen tekst wcześniejszego rozporządzenia (z dnia 6 grudnia 2013 r.), dostępny jest na stronie Internetowego Systemu Aktów Prawnych, pod adresem: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20130001678>

Treść wspomnianego wyżej pisma Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzeja Matyji do Ministra Zdrowia Łukasza Szumowskiego, dostępna jest na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej, pod adresem: <https://www.nil.org.pl/aktualnosc/nowy-wzor-zlecenia-na-wyroby-medyczne-mz-zwieksza-biurokratyzacje>.

[AKTUALIZACJA] Nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą

W dniu 29 marca 2019 r. ogłoszone zostało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 595) – zwane dalej **nowym rozporządzeniem**.

Zgodnie z § 43, **wchodzi ono w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r.**

Powyższy akt prawny poprzedzony był rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739), które utraci moc z dniem wejścia w życie nowego rozporządzenia, na podstawie art. 8 ustawy z dnia 9 listopada 2018 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2018 r. poz. 2219)⁴.

Nowe rozporządzenie uchyla obowiązujący dotychczas akt prawny o tym samym tytule, w związku z wprowadzeniem możliwości wykonywania zawodu fizjoterapeuty w formie praktyk fizjoterapeutycznych.

Poniżej przedstawiony został fragment uzasadnienia do projektu przedmiotowego rozporządzenia, w ramach którego przedstawione zostały najbardziej istotne zmiany w stosunku do dotychczas obowiązującego stanu prawnego:

Projektowana regulacja wprowadza nieznaczne zmiany w stosunku do aktualnie obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739), a potrzeba jej wydania wynika z nowego brzmienia upoważnienia ustawowego, zobowiązującego do wydania rozporządzenia, po zasięgnięciu opinii – także Krajowej Rady Fizjoterapeutów.

W § 8 zaproponowano doprecyzowano brzmienie przepisu (w stosunku do aktualnego brzmienia), w myśl którego pomieszczenia i urządzenia zakładu rehabilitacji leczniczej będącego zakładem leczniczym odpowiadają, odpowiednio do zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, szczegółowym wymaganiom określonym w załączniku nr 6 do rozporządzenia. Celem tej propozycji jest wyraźne rozróżnienie wymagań dla zakładu rehabilitacji leczniczej prowadzonego przez podmiot leczniczy. Obecne brzmienie może wprowadzać w błąd, co do konieczności spełniania tych wymagań również przez fizjoterapeutę wykonującego zawód w ramach indywidualnej praktyki fizjoterapeutycznej, zwłaszcza w kontekście § 14 ust. 3 projektowanego (i obecnego) rozporządzenia.

⁴ Ustawa ta wchodzi w życie również w dniu 1 kwietnia 2019 r. (z wyjątkami), przy czym wprowadza ona zmiany dotyczące wykonywania zawodu fizjoterapeuty, wobec czego nie była przedmiotem analizy w ramach e-informatora.

Konsekwencją tej propozycji jest rozszerzenie brzmienia tytułu załącznika nr 6 – „Szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia zakładu rehabilitacji leczniczej będącego zakładem leczniczym”.

Dodatkowo zaproponowano, aby obowiązek wyposażenia zakładu rehabilitacji leczniczej w natrysk dotyczył podmiotów leczniczych, które udzielają stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych. Natomiast w fizjoterapii ambulatoryjnej chorzy nie korzystają z natrysku, nie jest on wymagany w ambulatorium.

Ponadto zaproponowano przepis, w myśl którego w pokojach łóżkowych dopuszczalna byłaby instalacja urządzeń umożliwiających obserwację pacjentów. Obserwacja pacjentów za pośrednictwem ww. urządzeń byłaby możliwa wyłącznie w przypadkach, gdy jest to konieczne w procesie ich leczenia i dla zapewnienia im bezpieczeństwa.

[§ 29 nowego rozporządzenia – przyp. aut. Serwisu] Powyższy przepis jest spójny z procedowaną obecnie nowelizacją ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 i 2219). Zgodnie z tym przepisem istniałaby możliwość obserwacji pacjenta (w czasie realnym), co wyłącza możliwość utrwalania i przechowywania obrazu. Obserwowanie pacjenta: bezpośrednio, np. przez pielęgniarkę przebywającą w pokoju łóżkowym albo pośrednio za pośrednictwem kamer jest elementem procesu i sposobu leczenia. Przepisy, tak omawianego projektu rozporządzenia, jak i ustawy nie regulują sposobu leczenia. Obserwacja pacjenta w czasie realnym za pośrednictwem kamer (monitoring „terapeutyczny”) nie jest tożsama z obserwacją (połączoną z rejestracją obrazu i przechowywaniem zapisu) przestrzeni ogólnodostępnych (monitoring „ogólny”). Szczegółowe regulacje dotyczące monitoringu zostaną zawarte w ustawie o działalności leczniczej (projekt ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z zapewnieniem stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.).

W odniesieniu do monitoringu „terapeutycznego” przepisy zmienianej ustawy odsyłają do przepisów odrębnych, w tym ww. rozporządzenia.

Ponadto zaproponowano rezygnację w projektowanym rozporządzeniu z przepisu, w myśl którego urządzenia wykorzystywane do zabiegów fizjoterapii lokalizuje się w sposób zapewniający intymność pacjenta podczas tych zabiegów. Przepis ten powtarza ogólną regulację zawartą w art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, z późn. zm.) stanowi, że pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych.

W odniesieniu do pokoi łóżkowych w oddziałach psychiatrycznych oraz ośrodkach leczenia uzależnień zaproponowano odstąpienie od obowiązku dostępu do łóżek z trzech stron. [§ 18 ust. 2 nowego rozporządzenia – przyp. aut. Serwisu]

Umożliwienie takiego umiejscowienia łóżka dla części pacjentów z zaburzeniami psychicznymi umożliwi większe poczucie własnego bezpieczeństwa.

Natomiast w oddziale dziecięcym zaproponowano możliwość udostępnienia rodzicom lub opiekunom (alternatywnie wobec łóżek) foteli wypoczynkowych oraz pościeli, tak aby zapewnić im odpowiednie warunki pobytu.

W związku ze zmianami terminologicznymi wprowadzonymi ustawą z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 960) nastąpi ich uwzględnienie w projektowanym

rozporządzeniu. Jedną z nich dotyczy zastąpienia określenia „przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego”, określeniem „zakład leczniczy”, który bardziej odpowiada specyfice działalności leczniczej.

Pełen tekst nowego rozporządzenia, dostępny jest na stronie internetowej Dziennika Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej, pod adresem: <http://dziennikustaw.gov.pl/du/2019/595/1> .

Pełen tekst dotychczasowe rozporządzenia (z dnia 26 czerwca 2012 r.), dostępny jest na stronie Internetowego Systemu Aktów Prawnych, pod adresem: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20120000739>

Przebieg procesu legislacyjnego dotyczącego nowego rozporządzenia dostępny jest na stronie internetowej Rządowego Centrum Legislacji, pod adresem:

<https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12320453/katalog/12565871#12565871> .

Na powyższej stronie dostępny jest także odnośnik do pełnego uzasadnienia do projektu rozporządzenia:

<https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12320453/12565871/dokument386876.docx> .

Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie wykazu świadczeń zdrowotnych, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego w ramach zadań Policji, Służby Ochrony Państwa, Straży Granicznej oraz Państwowej Straży Pożarnej

W dniu 26 marca 2019 r. wchodzi w życie rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 6 marca 2019 r. w sprawie wykazu świadczeń zdrowotnych, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego w ramach zadań Policji, Służby Ochrony Państwa, Straży Granicznej oraz Państwowej Straży Pożarnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 472) – zwane dalej **rozporządzeniem**.

Zgodnie z § 1 tego rozporządzenia:

Rozporządzenie określa wykaz świadczeń zdrowotnych, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego:

- 1) *samodzielnie - niezależnie od ukończenia medycznego kursu kwalifikacyjnego ministra właściwego do spraw wewnętrznych,*
- 2) *samodzielnie - w przypadku realizacji zadań służbowych w warunkach zagrożenia wystąpieniem zdarzenia o charakterze terrorystycznym, w obszarach katastrof, klęsk żywiołowych i w strefie działań wojennych,*

3) pod nadzorem lub w porozumieniu z lekarzem

– *wykonywającego zadania zawodowe w podmiotach, o których mowa w art. 11 ust. 3 pkt 7-7d^[5] ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.*

Za istotne z punktu widzenia lekarzy należy uznać, iż zgodnie z § 4 rozporządzenia: *Wykaz świadczeń zdrowotnych, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego pod nadzorem lub w porozumieniu z lekarzem, jest określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia.*

⁵ Mowa w tym wypadku o wykonywaniu zadań zawodowych: 1) w jednostkach ochrony przeciwpożarowej, o których mowa w art. 15 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej, włączonych do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego, podczas działań ratowniczo-gaśniczych, ćwiczeń oraz szkoleń; 2) w ramach działań antyterrorystycznych realizowanych przez służby podległe lub nadzorowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych; 3) w wyodrębnionych oddziałach prewencji i pododdziałach antyterrorystycznych, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji; 4) w ramach zadań Służby Ochrony Państwa, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 8 grudnia 2017 r. o Służbie Ochrony Państwa; 5) w ramach zadań Straży Granicznej, o których mowa w art. 1 ust. 2 pkt 1-2a, 4-5b, 5d, 10, 12-14 i ust. 2a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej.

Treść załącznika nr 3 do rozporządzenia jest następująca:

**WYKAZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH, KTÓRE MOGĄ BYĆ UDZIELANE
PRZEZ RATOWNIKA MEDYCZNEGO POD NADZOREM LUB W POROZUMIENIU Z LEKARZEM**

1. Wykonywanie pod nadzorem lekarza:

- 1) intubacji dotchawiczej z użyciem środków zwiotczających;
- 2) zakładanie sondy żołądkowej i płukanie żołądka po zabezpieczeniu drożności dróg oddechowych;
- 3) wykonywanie badania USG u pacjenta urazowego;
- 4) podawanie leków.

2. Podawanie w porozumieniu z lekarzem leków wymienionych w tabeli:

Lp.	Nazwa międzynarodowa leku	Postać
1.	Ertapenem	roztwór do wstrzykiwań
2.	Ciprofloxacin	roztwór do wstrzykiwań
3.	Cefuroxime	roztwór do wstrzykiwań/tabletki
4.	Metronidazole	roztwór do wstrzykiwań/tabletki
5.	Moxifloxacin	tabletki/krople do oczu
6.	Azithromycin	tabletki/zawiesina/krople do oczu
7.	Amoxicillin + clavulanic acid	roztwór do wstrzykiwań/tabletki
8.	Acidum tranexamicum	roztwór do wstrzykiwań
9.	Ketamine	roztwór do wstrzykiwań

Pełen tekst rozporządzenia, dostępny jest na stronie Internetowego Systemu Aktów Prawnych, pod adresem:
<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190000472> .

2) Nowe zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia:

Brak nowych zarządzeń.

3. TERMINARZ LEKARZA:

Poniższe zestawienie przedstawia najistotniejsze – w ocenie sporządzającego – obowiązki lekarza, o których należy pamiętać w okresie **od 22 marca 2019 roku do 19 kwietnia 2019 roku**, z zastrzeżeniem, iż obowiązki te należy w każdym przypadku interpretować indywidualnie, w zależności od sposobu i zakresu wykonywania prowadzonej działalności.

Data	Obowiązki lekarza	Podstawa prawna
<p>do dnia 25 marca 2019 r.</p>	<p>deklaracje VAT (VAT-7, VAT-7K, VAT 8)</p> <p>Podatnicy prowadzący działalność gospodarczą, jeżeli są podatnikami VAT czynnymi, są obowiązani składać w urzędzie skarbowym deklaracje podatkowe za okresy rozliczeniowe (miesięczne lub kwartalne) w terminie do 25 dnia miesiąca następującego po każdym kolejnym okresie. Są oni zobowiązani do składania dla okresów:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) miesięcznych – deklaracji VAT-7; 2) kwartalnych – deklaracji VAT-7K – w przypadku małych podatników, którzy wybrali metodę kasową oraz pozostałych małych podatników, którzy złożyli oświadczenie, o którym mowa w art. 99 ust. 3 u.p.t.u. <p>Podatnicy niebędący podatnikami VAT czynnymi (i w związku z tym nieskładający deklaracji VAT-7, VAT-7K), u których wartość wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów przekroczyła kwotę 50.000 zł, lub którzy wybrali opodatkowanie wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów przez złożenie naczelnikowi urzędu skarbowego pisemnego oświadczenia o takim wyborze składają do urzędu skarbowego deklaracje VAT-8 za okresy miesięczne w terminie do 25. dnia miesiąca następującego po każdym kolejnym miesiącu.</p>	<p>art. 99 ust. 1-3a i 8, art. 114 ust. 3 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług</p> <p>- rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 18 kwietnia 2018 r. w sprawie wzorów deklaracji dla podatku od towarów i usług</p>
	<p>przesłanie JPK_VAT za luty (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</p>	<p>art. 82 § 1b ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r.</p> <p>- Ordynacja podatkowa</p>

	<p>miesiąca następującego po każdym kolejnym miesiącu, wskazując miesiąc, którego ta informacja dotyczy.</p>	
	<p>informacja podsumowująca VAT-UE za luty</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 28 marca 2019 r.</p>	<p>złożenie wniosku Wn-U-G przez rencistów prowadzących działalność gospodarczą</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 dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych</p>
<p>do dnia 7 kwietnia 2019 r.</p> <p>* termin ustawowy przypada na dzień wolny od pracy, wobec czego ulega on przesunięciu na najbliższy dzień roboczy, tj. <u>8.04.2019</u> r.</p>	<p>wpłata zryczałtowanego podatku od dochodów z dywidend oraz innych przychodów z tytułu udziału w zyskach osób prawnych oraz sporządzenie CIT-7 za marzec</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>art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych</p>

<p>do dnia 10 kwietnia 2019 r.</p>	<p>wpłata należności z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, FP, FGŚP oraz przesłanie deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA, imiennych raportów miesięcznych ZUS RCA, ZUS RZA przez osoby fizyczne, które opłacają składki wyłącznie za siebie</p> <p>Co do zasady płatnik składek przesyła w tym samym terminie deklarację rozliczeniową (ZUS DRA), imienne raporty miesięczne (ZUS RCA, ZUS RZA) oraz opłaca składki za dany miesiąc, nie później niż do 10 dnia następnego miesiąca.</p> <p>Płatnik składek, który opłaca składki wyłącznie za siebie, przysyła jedynie deklarację rozliczeniową.</p> <p>Osoby prowadzące pozarolniczą działalność, opłacające składki wyłącznie za siebie lub osoby z nimi współpracujące, są zwolnione z obowiązku składania deklaracji rozliczeniowej lub imiennych raportów miesięcznych za kolejny miesiąc, jeżeli w ostatnio złożonej deklaracji rozliczeniowej lub imiennym raporcie miesięcznym zadeklarowały do podstawy wymiaru składek:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) na ubezpieczenia społeczne – kwotę w wysokości najniższej podstawy wymiaru składek dla osób prowadzących pozarolniczą działalność, obowiązującej je i osoby z nimi współpracujące; 2) na ubezpieczenie zdrowotne – kwotę w wysokości najniższej podstawy wymiaru określonej w art. 81 ust. 2 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, obowiązującej je i osoby z nimi współpracujące, i nie nastąpiła żadna zmiana w stosunku do miesiąca poprzedniego. <p>Osoby prowadzące pozarolniczą działalność, opłacające wyłącznie składki na ubezpieczenie zdrowotne za siebie lub osoby z nimi współpracujące, są zwolnione z obowiązku składania deklaracji rozliczeniowej lub imiennych raportów miesięcznych za kolejny miesiąc, jeżeli w ostatnio złożonej deklaracji rozliczeniowej lub imiennym raporcie miesięcznym zadeklarowały do podstawy wymiaru składek kwotę w wysokości najniższej podstawy wymiaru określonej w art. 81 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, obowiązującej je i/lub osoby z nimi współpracujące.</p>	<p>art. 47 ust. 1 pkt 1, ust. 2-2c, ust. 4-4c ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych</p>
--	--	---

<p>do dnia 15 kwietnia 2019 r.</p>	<p>wpłata należności z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, FP, FGŚP oraz przesłanie deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA, imiennych raportów miesięcznych ZUS RCA, ZUS RZA 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>	<p>art. 47 ust. 1 pkt 3, ust. 4–4c ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych</p>
	<p>rata podatku od nieruchomości, podatku leśnego i rolnego (dot. osób fizycznych)</p> <p>Co do zasady, podatek od nieruchomości na rok podatkowy od osób fizycznych (z zastrzeżeniem sytuacji, gdy nieruchomość lub obiekt budowlany stanowi współwłasność lub znajduje się w posiadaniu osób fizycznych oraz osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub spółek nieposiadających osobowości prawnej, z wyjątkiem osób tworzących wspólnotę mieszkaniową), ustala w drodze decyzji organ podatkowy właściwy ze względu na miejsce położenia przedmiotów opodatkowania. Podatek jest płatny w ratach proporcjonalnych do czasu trwania obowiązku podatkowego, w terminach: do dnia 15 marca, 15 maja, 15 września i 15 listopada roku podatkowego.</p> <p>W przypadku gdy kwota podatku nie przekracza 100 zł, podatek jest płatny jednorazowo w terminie płatności pierwszej raty – tj. do 15 marca.</p>	<p>art. 6 ust. 7 i 11a ustawy z 12.01.1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych</p>
	<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>art. 6 ust. 9 pkt 3 ustawy z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych</p>

	W przypadku gdy kwota podatku nie przekracza 100 zł, podatek jest płatny jednorazowo w terminie płatności pierwszej raty – tj. do 15 marca.	
do dnia 15 kwietnia 2019 r.	<p>termin wystawienia faktur za marzec</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 dotyczy również zaliczek – co do zasady, fakturę wystawia się nie później niż do 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym otrzymano zaliczkę.</p>	art. 106i ustawy z dnia 11 marca 1994 r. o podatku od towarów i usług

4. AKTUALNY WYKAZ REFUNDOWANYCH LEKÓW, ŚRODKÓW SPOŻYWCZYCH SPECJALNEGO PRZEZNACZENIA ŻYWIENIOWEGO ORAZ WYROBÓW MEDYCZNYCH

W dniu 27 lutego 2019 r., na stronie Ministerstwa Zdrowia zamieszczone zostało obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2019 r., w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 marca 2019 r.

Aktualny załącznik do obwieszczenia dostępny jest do pobrania na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia, pod adresem:

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenie-ministra-zdrowia-z-dnia-27-lutego-2019-r-w-sprawie-wykazu-refundowanych-lekow-srodkow-spozywczych-specjalnego-przeznaczenia-zywniowego-oraz-wyrobow-medycznych-na-1-marca-2019-r>

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”.