

## SERWIS INFORMACJI PRAWNEJ *e-informator*





### Wydanie II (28 września 2018 roku) ZAKTUALIZOWANE

**W ramach Serwisu przedstawione zostały zmiany w prawie, które wejdą w życie w następującym okresie:**

28.09.2018 – 12.10.2018	w przypadku przepisów prawa powszechnie obowiązującego.
14.09.2018 – 28.09.2018	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 dla Państwa wyselekcjonowane i dotyczą indywidualnej działalności prowadzonej przez Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, w związku z powyższym nie zostały w Serwisie uwzględnione zarządzenia m.in. dotyczące działalności leczniczej wykonywanej przez szpitale.

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 wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy, lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej.....	3
Obowiązek wyznaczenia osoby do której zadań należy organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, przez świadczeniodawcę udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. ....	4
Zmiana regulacji dotyczącej wystawiania zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawę. ....	5
Rozszerzenie obowiązków związanych z udzielaniem świadczeń gwarantowanych z zakresu programów lekowych.....	9
Doprecyzowanie okoliczności, które w przypadku osób niepełnosprawnych pod względem fizycznym, nie stanowią przeciwwskazań do uzyskania uprawnienia do kierowania pojazdami. ....	12
Zmiana regulacji dotyczącej kryteriów konkursowych odnoszących się do lekarza lub lekarza dentystry, który występuje o rozpoczęcie specjalizacji w trybie pozarezydenckim.....	13
Zmiana regulacji dotyczącej formalnych podstaw odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza lub lekarza dentystrę. ....	15
Zmiana regulacji odnoszących się do podatników obowiązanych do sporządzenia sprawozdania finansowego.....	16
Zmiana zarządzenia w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. [AKTUALIZACJA].....	18
Zmiana zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna.....	22
Zmiana zarządzenia w sprawie szczegółowych warunków wypłaty należności i rozliczania kwoty zobowiązania, wynikających z realizacji postanowień rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów. ....	24
2. NOWE AKTY PRAWNE: .....	25
3. TERMINARZ LEKARZA: .....	26

## 1. ZMIANY W PRZEPISACH:

### 1) Zmiany w przepisach prawa powszechnie obowiązującego:

**Zmiana wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy, lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej.**

Z dniem 1 października 2018 r. wchodzi w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 czerwca 2018 r. w sprawie wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1295), które z tym samym dniem zastępuje obowiązujące dotychczas rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 czerwca 2014 r. w sprawie wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy, lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 779). Wraz z wejściem w życie powyższego rozporządzenia, deklaracje mogą być przyjmowane wyłącznie z użyciem nowych wzorów.

Nowe wzory deklaracji dotyczą:

- świadczeniodawcy oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;
- świadczeniodawcy oraz pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej;
- świadczeniodawcy oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej;
- świadczeniodawcy oraz lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (deklaracja łączna).

Nowe wzory wraz z tekstem rozporządzenia z dnia 12 czerwca 2018 r., dostępne są w Internetowym Systemie Aktów Prawnych, pod adresem:

<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180001295> .

**Obowiązek wyznaczenia osoby do której zadań należy organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, przez świadczeniodawcę udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.**

Z dniem 1 października 2018 r. wchodzi w życie art. 14 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 2217 ze zm.) – zwanej dalej u.p.o.z. Przepis powyższy stanowi, że:

*Świadczeniodawca wyznacza osobę, do której zadań należy organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym udzielanie informacji o tym procesie oraz zapewnienie współpracy między osobami udzielającymi świadczeń zdrowotnych.*

Jednocześnie, w ramach tej samej ustawy 1 października 2018 r. wchodzi w życie art. 29 pkt 11, zgodnie z którym:

*w art. 159 po ust. 2a [ustawy 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. – przyp. red. Serwisu] dodaje się ust. 2b w brzmieniu:*

*"2b. Umowy o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zawierają dodatkowe środki przeznaczone na zapewnienie:*

- 1) koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą z uwzględnieniem innych zakresów świadczeń, o których mowa w art. 15 ust. 2, oraz osoby, o której mowa w art. 14 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (budżet powierzony);*
- 2) profilaktycznej opieki zdrowotnej (opłata zadaniowa);*
- 3) oczekiwanego efektu zdrowotnego i jakości opieki (dodatek motywacyjny).";*

Mając na uwadze powyższe, od 1 października 2018 r. lekarze podstawowej opieki zdrowotnej zobowiązani są wyznaczyć osobę, o której mowa w art. 14 ust. 2 u.p.o.z., na której zapewnienie przeznaczone będą dodatkowe środki finansowe w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ustawodawca poprzez użycie sformułowań „wyznaczenie osoby” oraz „przeznaczenie środków na zapewnienie osoby”, nie przesądził jednocześnie, aby lekarz podstawowej opieki zdrowotnej nie mógł wyznaczyć siebie na taką osobę. W ocenie autorów Serwisu, z brzmienia cytowanych powyżej przepisów nie wynika, aby możliwość taka była wyłączona, za czym w wielu przypadkach przemawia skala działalności leczniczej prowadzonej w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, w której realizowana jest umowa z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – w przypadku której zadania „osoby wyznaczonej” w praktyce realizować może również sam lekarz.

**Zmiana regulacji dotyczącej wystawiania zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne  
oraz ich naprawę.**

Z dniem 1 października 2018 r. wchodzi w życie art. 6 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) – zwanej dalej *ustawą zmieniającą*.

Powyższy przepis wprowadza liczne zmiany przede wszystkim w art. 38 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 1844 ze zm.) – zwanej dalej *u.r.l.*, który dotyczy refundacji wyrobów medycznych. Jednocześnie podkreślić należy wagę art. 38c i art. 38d oraz uchylecia art. 38b powyższej ustawy. Ze względu na obszerność wprowadzonych zmian, odstąpiono od przytaczania ich w ramach niniejszego opracowania (tekst ustawy zmieniającej dostępny jest w Internetowym Systemie Aktów Prawnych, pod adresem:

<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180001515> – przy czym zmiany o których mowa powyżej, wynikają ze wspomnianego art. 6 ustawy zmieniającej, oraz są one zawarte na stronach 10-13 tekstu ogłoszonego ustawy).

W ramach niniejszego opracowania wskazać należy na najbardziej istotne konsekwencje wynikające ze zmian wprowadzonych ustawą z dnia 20 lipca 2018 r. Tym samym, podkreślić należy, iż ustawodawca odstąpił od dotychczasowego rozwiązania polegającego na możliwości wystawiania zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zleceń ich naprawy w formie papierowej i elektronicznej, wyłącznie na rzecz formy papierowej, zastrzegając przy tym, iż: *jedno zlecenie może dotyczyć wyrobu medycznego określonego tą samą grupą i liczbą porządkową, a w przypadku soczewek okularowych korekcyjnych - tą samą grupą, które zostały określone w przepisach wydanych na podstawie ust. 4* [mowa w tym wypadku o rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie – Dz. U. z 2017 r. poz. 1061 ze zm.]. Jednocześnie, ustawa zmieniająca zakłada, że co do zasady wyeliminowana zostanie potrzeba uzyskiwania przez pacjenta potwierdzenia zlecenia ze strony NFZ, wiążąca się z wymogiem udania się przez pacjenta ze zleceniem do oddziału wojewódzkiego Funduszu, gdyż potwierdzenie zlecenia odbywa się drogą elektroniczną, pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem, na samym etapie wystawienia zlecenia.

Szczegółowa regulacja dotycząca nowej procedury weryfikacji zlecenia oraz potwierdzenia prawa pacjenta do świadczeń refundowanych, zawarta została we wspomnianym art. 38c u.r.l.:

- 1. Zlecenia mogą być wystawiane po uprzednim osobistym badaniu fizykalnym świadczeniobiorcy lub badaniu za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, a w przypadku zaopatrzenia w wyroby medyczne przysługujące comiesięcznie - także na podstawie dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.*

2. Fundusz dokonuje weryfikacji zlecenia na etapie jego wystawienia i potwierdza posiadanie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniobiorcę na etapie jego realizacji.
3. Weryfikacja zlecenia i potwierdzenie posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 2, odbywają się za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych Funduszu, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach.
4. W przypadku braku dostępu do serwisów internetowych lub usług informatycznych Funduszu, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, weryfikacja zlecenia i potwierdzenie posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 2, są dokonywane w siedzibie wybranego przez świadczeniobiorcę oddziału wojewódzkiego Funduszu.
5. Weryfikacja zlecenia oznacza dokonanie:
  - 1) sprawdzenia prawidłowości i kompletności danych zawartych w zleceniu;
  - 2) ustalenia limitu finansowania wyrobu medycznego wskazanego w zleceniu;
  - 3) ustalenia okresu, w którym zlecenie może zostać zrealizowane;
  - 4) sprawdzenia innych danych, jeżeli mają wpływ na treść zlecenia;
  - 5) nadania zleceniu indywidualnego, niepowtarzalnego numeru.
6. Weryfikacja zlecenia jest uznana za pozytywną w przypadku, gdy nie zostaną zgłoszone zastrzeżenia do weryfikowanego zlecenia lub zlecenie zostanie opatrzone informacją wskazującą na jego poprawność oraz zostanie ustalony limit finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego wskazanego w zleceniu.
7. Realizacja zlecenia rozpoczyna się z dniem przyjęcia przez świadczeniodawcę zlecenia do realizacji, a kończy z dniem wydania wyrobu medycznego.
8. O przyjęciu zlecenia do realizacji świadczeniodawca informuje Fundusz za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych Funduszu, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, a w przypadku braku dostępu do nich - niezwłocznie po usunięciu tej przeszkody.
9. Przyjęcie do realizacji zlecenia może nastąpić wyłącznie w przypadku pozytywnej weryfikacji zlecenia, o której mowa w ust. 6.
10. Świadczeniodawca, który przyjął do realizacji zlecenie, jest obowiązany do sprawdzenia:
  - 1) braku upływu okresu, w którym zlecenie może zostać zrealizowane;
  - 2) prawidłowości ustalonego limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego wskazanego w zleceniu;
  - 3) posiadania przez świadczeniobiorcę uprawnień dodatkowych na dzień wydania wyrobu medycznego - jeżeli dotyczy;
  - 4) innych danych, jeżeli mają wpływ na treść zlecenia.
11. Świadczeniodawca w toku czynności, o której mowa w ust. 10 pkt 2, jest uprawniony do dokonania zmiany ustalonego limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego wskazanego w zleceniu, która prowadzi do zapewnienia zgodności tego limitu ze

stanem prawnym i faktycznym na dzień wydania wyrobu medycznego. Zmiana ta jest dokonywana przez świadczeniodawcę za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych Funduszu, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, a w przypadku braku dostępu do nich - przez świadczeniodawcę samodzielnie.

12. Jeżeli świadczeniodawcy realizującemu zlecenie zostanie przedstawiony dokument potwierdzający uprawnienia dodatkowe świadczeniobiorcy przysługujące mu w dniu wydania wyrobu medycznego, zlecenie realizuje się z uwzględnieniem tych uprawnień. Upływ wskazanego na zleceniu terminu ważności dokumentu potwierdzającego uprawnienia dodatkowe lub przewidywanego terminu porodu powoduje realizację zlecenia bez uwzględnienia tych uprawnień.
13. Jeżeli limit finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego lub sposób realizacji zależą od uprawnień dodatkowych świadczeniobiorcy, zlecenie może zostać zrealizowane na warunkach je uwzględniających, do dnia upływu wskazanego na zleceniu terminu ważności dokumentu potwierdzającego te uprawnienia lub terminu przewidywanego porodu, jednak nie później niż do dnia upływu terminu określonego w art. 38d ust. 1 albo 3
14. Wydanie wyrobu medycznego może nastąpić po dokonaniu czynności, o których mowa w ust. 10 i 11, oraz potwierdzeniu prawa do świadczeń świadczeniobiorcy w dniu wydania wyrobu medycznego.
15. Do potwierdzenia prawa do świadczeń stosuje się odpowiednio art. 50 ustawy o świadczeniach.
16. W przypadku świadczeniobiorców małoletnich oraz innych osób nieposiadających pełnej zdolności do czynności prawnych lub innych osób niemogących wyrazić swej woli z powodu stanu zdrowia oświadczenie, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy o świadczeniach, składa ich przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny, pełnomocnik albo opiekun faktyczny w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 i 1524 oraz z 2018 r. poz. 1115 i 1515), podając imię i nazwisko, adres miejsca zamieszkania, numer PESEL oraz wskazanie dokumentu, na podstawie którego świadczeniodawca potwierdził tożsamość osoby składającej oświadczenie, a w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL - dane, o których mowa w art. 188 ust. 4 pkt 9 ustawy o świadczeniach.
17. W przypadku działania przez pełnomocnika pełnomocnictwo albo jego kopię dołącza się do realizowanego zlecenia.
18. Do weryfikacji zlecenia i potwierdzania posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 2, nie stosuje się przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego.

Dodatkowe regulacje zawarte są ponadto we wspomnianym wcześniej art. 38d u.r.l., również dodaną ustawą zmieniającą.

Osobno wskazać w tym miejscu należy, iż w oparciu o zmienioną treść art. 38 ust. 7 u.r.l., Minister Zdrowia uprawniony jest do wydania rozporządzenia, które zastąpi obowiązujące do dnia 30 września 2018 r. rozporządzenie 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). Na dzień przekazania do publikacji niniejszego wydania Serwisu, nowe rozporządzenie (*w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy*) nie zostało formalnie ogłoszone, zaś jego projekt wraz z załącznikami w postaci nowych wzorów zleceń, dostępny jest na stronie Rządowego Centrum Legislacji, pod adresem:

<https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12315205/katalog/12529529#12529529> .



**Rozszerzenie obowiązków związanych z udzielaniem świadczeń gwarantowanych  
z zakresu programów lekowych.**

Z dniem 29 września 2018 r. wchodzi w życie § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1777).

Powyższy przepis stanowi, że:

*W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 188) wprowadza się następujące zmiany:*

*1) w § 3 dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 i dodaje się ust. 2 i 3 w brzmieniu:*

*"2. Świadczeniodawca bierze pod uwagę zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, które zostały ogłoszone na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy [dotychczas opublikowane zostało na tej podstawie wyłącznie Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lipca 2018 r. w sprawie zaleceń postępowania dotyczących diagnostyki i leczenia raka piersi – Dz. Urz. MZ z 2018 r. poz. 53 – przyp. red. Serwisu].*

*3. Do określania świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 5 [świadczeń z zakresu programów zdrowotnych, określonych w załączniku do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych – przyp. red. Serwisu], w przypadku chorób rzadkich stosuje się także rozpoznania opisane numerami ORPHA.";*

Obowiązki powyższe stanowią tym samym uzupełnienie dotychczasowego obowiązku wyrażonego obecnie w § 3 ust. 1 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, zgodnie z którym: *Świadczenia gwarantowane są udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej.*

**Zmiana regulacji dotyczącej przekazywania recepty lub zlecenia bądź wydruku informacji o wystawieniu recepty w postaci elektronicznej, przedstawicielowi ustawowemu pacjenta lub osobie upoważnionej przez pacjenta, bądź osobie trzeciej bez szczegółowego jej określenia.**

Z dniem 1 października 2018 r. wchodzi w życie art. 2 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) – zwanej dalej *ustawą zmieniającą*.

W przypadku art. 2 pkt 2 ustawy zmieniającej, dotyczy on zmiany art. 42 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 617 ze zm.) – zwanej dalej *u.z.l.*

Powyższa zmiana polega na usunięciu z dotychczasowej treści art. 42 ust. 3 u.z.l. fragmentów, dotyczących zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne w postaci elektronicznej oraz zastąpienia dotychczas używanego w tym przepisie pojęcia wydruku informacyjnego o którym mowa w art. 96b ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 2211 ze zm.) – zwanej dalej *u.p.f.*, pojęciem wydruku (art. 96b ust. 2 pkt 3 u.p.f.):

*W przypadku, o którym mowa w ust. 2, recepty lub zlecenia, a w przypadku recepty i zlecenia w postaci elektronicznej, wydruk informacyjny, o którym mowa w art. 96b ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 2211) i art. 38a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844), mogą być przekazane:*

*W przypadku, o którym mowa w ust. 2, recepty lub zlecenia, a w przypadku recepty w postaci elektronicznej - wydruk, o którym mowa w art. 96b ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 2211 oraz z 2018 r. poz. 650, 697, 1039 i 1375), mogą być przekazane:*

- 1) przedstawicielowi ustawowemu pacjenta albo osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia, a w przypadku wystawienia recepty i zlecenia w postaci elektronicznej - wydruku informacyjnego;*
- 2) osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia, a w przypadku recepty i zlecenia w postaci elektronicznej - wydruk informacyjny, mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób."*

Jednocześnie wyjaśnić należy, że ust. 2, o którym mowa w powyższym przepisie, stanowi, że: *Lekarz może, bez dokonania badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej.*

Wydruk o którym mowa w art. 96b u.p.f., dotyczy natomiast informacji o wystawionej receptce w postaci elektronicznej.

Wprowadzona zmiana w zakresie dotyczącym zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne w postaci elektronicznej, stanowi konsekwencję wprowadzenia regulacji, zgodnie z którą zlecenia na zaopatrzenie i zlecenia naprawy są wystawiane wyłącznie w postaci papierowej.

**Doprecyzowanie okoliczności, które w przypadku osób niepełnosprawnych pod względem fizycznym, nie stanowią przeciwwskazań do uzyskania uprawnienia do kierowania pojazdami.**

Z dniem 1 października 2018 r. wchodzi w życie ustawa z dnia 12 kwietnia 2018 r. o zmianie ustawy o kierujących pojazdami (Dz. U. z 2018 r. poz. 1098) – zwana dalej *ustawą zmieniającą*.

Zgodnie z art. 1 pkt 1 ustawy zmieniającej, w art. 3 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 978 ze zm.), po ustępie 3, zgodnie z którym:

*Osoba niepełnosprawna pod względem fizycznym może być kierującym, jeżeli uzyskała orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdem.*

- dodaje się ust. 3a, w następującym brzmieniu:

*Całkowity albo częściowy ubytek słuchu nie jest przeciwwskazaniem zdrowotnym do uzyskania uprawnienia do kierowania pojazdami ani przesłanką jego cofnięcia - z wyjątkiem:*

- 1) uzyskania prawa jazdy kategorii D1 lub D;*
- 2) uzyskania prawa jazdy kategorii C1 lub C przez osobę, która nie posiada prawa jazdy kategorii B albo posiada je przez okres krótszy niż 2 lata;*
- 3) cofnięcia uprawnień w zakresie prawa jazdy kategorii C lub C1 osobie, która w wyniku nagłego zdarzenia utraciła słuch w stopniu uniemożliwiającym jej rozumienie mowy z odległości jednego metra, w tym przy zastosowaniu aparatów słuchowych lub implantów słuchowych - przez okres roku od tego zdarzenia.*

Tym samym, w przypadku wystawiania orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami, należy mieć na uwadze, że przeciwwskazań takich nie stanowi całkowity albo częściowy ubytek słuchu, z wyjątkiem okoliczności wymienionych w cytowanym powyżej przepisie.

**Zmiana regulacji dotyczącej kryteriów konkursowych odnoszących się do lekarza lub lekarza dentystry, który występuje o rozpoczęcie specjalizacji w trybie pozarezydenckim.**

Z dniem 1 października 2018 r. wchodzi w życie ustawy z dnia 3 lipca 2018 r. Przepisy wprowadzające ustawę - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2018 r. poz. 1669) – zwana dalej *ustawą zmieniającą*.

W ramach art. 34 powyższej ustawy, wprowadzone zostały zmiany do ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 617 ze zm.) – zwanej dalej *u.z.l.* Spośród regulacji istotnych z punktu widzenia praktyki lekarskiej, wskazać należy na zmianę art. 16c ust. 10 pkt 2 u.z.l. (w oparciu o art. 34 pkt 7 ustawy zmieniającej), dotyczącego kryteriów odnoszących się do lekarza lub lekarza dentystry, który występuje o rozpoczęcie specjalizacji w trybie rezydentury:

*W postępowaniu konkursowym uwzględnia się:*

- 1) *w przypadku lekarza, który występuje o rozpoczęcie specjalizacji w trybie rezydentury wynik LEK, albo, w przypadku lekarza dentystry - LDEK;*
- 2) *w przypadku lekarza, który występuje o rozpoczęcie specjalizacji w trybie pozarezydenckim, jeżeli posiada odpowiednią specjalizację I lub II stopnia bądź tytuł specjalisty, wynik egzaminu w zakresie odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia albo PES, albo wynik LEK/LDEK oraz punkty dodatkowe - za posiadanie stopnia naukowego doktora w zakresie nauk medycznych, odpowiedni okres zatrudnienia w jednostce akredytowanej zgodny z kierunkiem specjalizacji, publikacje w czasopismach naukowych zamieszczonych w wykazie czasopism naukowych ujętych w wykazie sporządzonym przez zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 267 ust. 2 pkt 2 ministra lit. właściwego b do ustawy spraw z nauki dnia dla 20 potrzeb lipca oceny 2018 parametrycznej r. – jednostek Prawo naukowych o szkolnictwie wyższym i nauce;*
- 3) *w przypadku lekarza, który występuje o rozpoczęcie specjalizacji w trybie pozarezydenckim, jeżeli nie posiada odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia lub tytułu specjalisty, wynik LEK/LDEK oraz punkty dodatkowe - za posiadanie stopnia naukowego doktora nauk medycznych, odpowiedni okres zatrudnienia w jednostce akredytowanej zgodny z kierunkiem specjalizacji, publikacje w czasopismach naukowych zamieszczonych w wykazie czasopism naukowych ujętych w wykazie sporządzonym przez zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 267 ust. 2 pkt 2 lit. ministra b właściwego ustawy do z spraw dnia nauki 20 dla lipca potrzeb 2018 oceny r. - Prawo o szkolnictwie parametrycznej wyższym jednostek i naukowych nauce.*

Powyższa zmiana związana jest z wejściem w życie w dniu 1 października 2018 r. ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2018 r. poz. 1668). W przypadku kryteriów dotyczących lekarza, który występuje o rozpoczęcie specjalizacji w trybie pozarezydenckim, jeżeli posiada odpowiednią specjalizację I lub II stopnia bądź tytuł specjalisty, ustawodawca

doprecyzował, iż dodatkowe punkty będą odąd uwzględniane za posiadanie stopnia naukowego „w zakresie” nauk medycznych. Druga ze zmian dotyczy uwzględnienia dodatkowych punktów w przypadku lekarza, który występuje o rozpoczęcie specjalizacji w trybie pozarezydenckim, za publikacje w czasopiśmie naukowych zamieszczonych w wykazie czasopism naukowych ujętych w wykazie sporządzonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 267 ust. 2 pkt 2 lit. b ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce. Na dzień przekazania do publikacji niniejszego wydania Serwisu, przedmiotowy wykaz nie został opublikowany.

**Zmiana regulacji dotyczącej formalnych podstaw odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza lub lekarza dentystę.**

Z dniem 1 października 2018 r. wchodzi w życie ustawa z dnia 3 lipca 2018 r. Przepisy wprowadzające ustawę - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2018 r. poz. 1669) – zwana dalej *ustawą zmieniającą*.

W ramach art. 34 powyższej ustawy, wprowadzone zostały zmiany do ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 617 ze zm.) – zwanej dalej *u.z.l.* Spośród regulacji istotnych z punktu widzenia praktyki lekarskiej, wskazać należy na zmianę art. 16h ust. 2 pkt 5 u.z.l. (w oparciu o art. 34 pkt 8 ustawy zmieniającej), dotyczącego jednej z podstaw odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza lub lekarza dentystę:

*Lekarz, na swój wniosek, może również odbywać szkolenie specjalizacyjne, w ramach wolnych miejsc szkoleniowych, w podmiotach prowadzących szkolenie specjalizacyjne:*

(...)

- 5) *w ramach poszerzenia zajęć programowych **stacjonarnych** studiów **doktoranckich podyplomowych** o program specjalizacji odbywanej w tej samej jednostce, ~~w dziedzinie~~ **zgodnej** **zgodny** z **kierunkiem** **zakresem** tych studiów, i w ramach udzielonego urlopu szkoleniowego lub urlopu bezpłatnego, a po ukończeniu tych studiów - w trybie określonym w ust. 1 lub ust. 2 pkt 1-4.*

Powyższa zmiana związana jest z wejściem w życie w dniu 1 października 2018 r. ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2018 r. poz. 1668).

**Zmiana regulacji odnoszących się do podatników obowiązanych do sporządzenia sprawozdania finansowego.**

Z dniem 1 października 2018 r. wchodzi w życie wybrane przepisy ustawy z dnia 26 stycznia 2018 r. o zmianie ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2018 r. poz. 398) – zwanej dalej *ustawą zmieniającą*.

W ramach art. 8 powyższej ustawy, wprowadzone zostały zmiany do ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 1509 ze zm.) – zwanej dalej u.p.d.o.f. Zmiany te polegają na nadaniu nowego brzmienia art. 45 ust. 5 u.p.d.o.f. oraz dodaniu w tym samym artykule ust. 8a:

5. *Podatnicy prowadzący księgi rachunkowe obowiązani do sporządzenia sprawozdania finansowego przekazują, za pomocą środków komunikacji elektronicznej, Szefowi ~~de~~ Krajowej urzędu Administracji skarbowego Skarbowej sprawozdanie finansowe w terminie złożenia zeznania w postaci elektronicznej odpowiadającej strukturze logicznej udostępnianej na podstawie art. 45 ust. 1g ustawy o rachunkowości.*

8a. *Sprawozdania finansowe, o których mowa w ust. 5, Szef Krajowej Administracji Skarbowej udostępnia naczelnikom urzędów skarbowych, naczelnikom urzędów celno-skarbowych, dyrektorom izb administracji skarbowej oraz ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych.*

W przypadku podatników prowadzących księgi rachunkowe wprowadzony został zatem obowiązek przekazania sprawozdania finansowego za pomocą środków komunikacji elektronicznej, Szefowi Krajowej Administracji Skarbowej. Jak wskazano w uzasadnieniu do projektu ustawy zmieniającej: *Osoby fizyczne będą zatem przekazywać sporządzone na podstawie ksiąg rachunkowych sprawozdania finansowe Szefowi Krajowej Administracji Skarbowej, który będzie udostępniał odpowiednie dokumenty naczelnikom urzędów skarbowych i innym podmiotom wymienionym w art. 45 ust. 8a. Zatem również osoby fizyczne nie będą musiały przekazywać sprawozdania finansowego do urzędu skarbowego. Elektroniczacja sprawozdań finansowych skutkować będzie zmniejszeniem kosztów ponoszonych przez osoby fizyczne w związku z przygotowaniem oraz złożeniem dokumentacji sprawozdawczej w postaci papierowej. Z drugiej strony elektroniczacja ta wpłynie również na zmniejszenie kosztów obsługi dotychczasowych papierowych sprawozdań finansowych przez administrację skarbową.*

Ponadto, w ramach art. 9 ustawy zmieniającej, wprowadzona została zmiana do ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 1036 ze zm.) – zwanej dalej u.p.d.o.p. Zmiana ta polega na nadaniu nowego brzmienia art. 27 ust. 2 u.p.d.o.p.:



*Podatnicy, a z także wyłączeniem spółki podmiotów wchodzące wpisanych w do skład rejestru przedsiębiorców podatkowej Krajowego grupy Rejestru kapitałowej Sądowego, obowiązani do sporządzenia sprawozdania finansowego przekazują do urzędu skarbowego, za pomocą środków komunikacji elektronicznej zgodnie z przepisami Ordynacji podatkowej, sprawozdanie wraz ze sprawozdaniem z badania, w terminie 10 dni od dnia daty zatwierdzenia rocznego sprawozdania finansowego, a spółki - także odpis uchwały zgromadzenia zatwierdzającej sprawozdanie finansowe. Obowiązek złożenia sprawozdania z badania nie dotyczy podatników, których sprawozdania finansowe, na podstawie odrębnych przepisów, są zwolnione z obowiązku badania.*

Jak wynika z nowego brzmienia powyższego przepisu, zostały z niego wyłączone podmioty wpisane do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego. Usunięty został ponadto fragment, zgodnie z którym przekazanie sprawozdania finansowego do urzędu skarbowej, miało następować za pomocą środków komunikacji elektronicznej zgodnie z przepisami Ordynacji podatkowej.

Z dniem 1 października 2018 r., ustawa zmieniająca wprowadza również w ramach art. 10 pkt 1-5, dodatkowe regulacje dotyczące sposobu sporządzania sprawozdania finansowego, określonego w ustawie z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 395 ze zm.). W celu uniknięcia przytaczania powyższych szczegółowych regulacji w ramach niniejszego Serwisu wskazać należy, że ich treść dostępna jest w ramach tekstu ustawy, dostępnego w Internetowym Systemie Aktów Prawnych, pod adresem: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180000398> – przy czym zmiany o których mowa powyżej, wynikają ze wspomnianego art. 10 ustawy zmieniającej, oraz są one zawarte na stronach 27-28 tekstu ujednoliconego ustawy).

## 2) Zmiany w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

### Zmiana zarządzenia w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. [AKTUALIZACJA]

Na podstawie zarządzenia Nr 100/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 września 2018 r., zmieniającego zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, z dniem 27 września 2018 r., w zarządzeniu Nr 122/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 grudnia 2017 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, zmienionym zarządzeniem Nr 10/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 lutego 2018 r. oraz zarządzeniem Nr 62/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 czerwca 2018 r., wprowadzona została następująca zmiana:

§ 15 w ust. 2 w pkt 4 lit. b otrzymał brzmienie:

„b) od dnia 1 września 2018 r. – współczynnik 1,30;”;

Dotychczas powyższy przepis brzmiał w sposób następujący:

„b) od dnia 1 września 2018 r. – współczynnik 1,28;”.

Nadto, zarządzenie nr 100/2018/DSOZ wprowadziło nowe brzmienie załącznika nr 1<sup>[1]</sup> do zarządzenia Nr 122/2017/DSOZ (zgodnie z załącznikiem nr 1 do zarządzenia Nr 100/2018/DSOZ) oraz załącznika nr 2<sup>[2]</sup> do zarządzenia Nr 122/2017/DSOZ (zgodnie z załącznikiem nr 2 do zarządzenia Nr 100/2018/DSOZ). **Należy jednak podkreślić, iż załącznik nr 2 został w międzyczasie ponownie zmieniony (zarządzeniem Nr 101/2018/DSOZ), o czym mowa w dalszej części.**

Zgodnie z § 2 zarządzenia Nr 100/2018/DSOZ: *Zobowiązuje się dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia do wprowadzenia niezbędnych zmian wynikających z wejścia w życie przepisów zarządzenia, o którym mowa w § 1, do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami.*

Wprowadzane zarządzeniem Nr 100/2018/DSOZ zmiany dotyczą:

- 1) wzrostu stawki kapitacyjnej, którą stosuje się do pielęgniarek POZ i położnych POZ oraz pielęgniarek szkolnych;
- 2) zmiany współczynnika określonego w § 15 w ust. 2 w pkt 4 lit. b zarządzenia zmienianego, celem sfinansowania pochodnych od wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek praktyki lekarza POZ.

<sup>1</sup> wartości stawek kapitacyjnych, porad i ryczałtów w POZ

<sup>2</sup> wzór umowy o udzielanie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowa opieka zdrowotna

## [AKTUALIZACJA]

**Ponadto**, w dniu 28 września 2018 r. opublikowane zostało  kolejne  zarządzenie Prezesa NFZ (Nr 101/2018/DSOZ), zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (Nr 122/2017/DSOZ).

Zmiany wprowadzone powyższym zarządzeniem dotyczą § 15 ust. 2 pkt 1 oraz pkt 5 zarządzenia Nr 122/2017/DSOZ:

§ 15 ust. 2 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) osoba niewymieniona w pkt 7, w wieku do 6. roku życia - współczynnik 2,7;”;

Dotychczas powyższych przepis brzmiał w sposób następujący:

~~„1) osoba niewymieniona w pkt 7, w wieku do 6. roku życia – współczynnik 2,4;”;~~

§ 15 ust. 2 pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) osoba niewymieniona w pkt 7, w wieku od 66. do 75. roku życia – współczynnik 2,7;”;

Dotychczas powyższych przepis brzmiał w sposób następujący:

~~„5) osoba niewymieniona w pkt 7, w wieku od 66. do 75. roku życia – współczynnik 2,4;”.~~

Nadto, zarządzenie nr 101/2018/DSOZ wprowadziło  nowe  brzmienie załącznika nr 2<sup>[3]</sup> do zarządzenia Nr 122/2017/DSOZ (zgodnie z załącznikiem nr 1 do zarządzenia Nr 101/2018/DSOZ) oraz załącznika nr 2a<sup>[4]</sup> do zarządzenia Nr 122/2017/DSOZ (zgodnie z załącznikiem nr 2 do zarządzenia Nr 102/2018/DSOZ).

Zgodnie z § 2 zarządzenia Nr 101/2018/DSOZ: *Zobowiązuje się dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia do wprowadzenia niezbędnych zmian wynikających z wejścia w życie przepisów zarządzenia, o którym mowa w § 1, do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami.*

Jak wynika z uzasadnienia do zarządzenia Nr 101/2018/DSOZ: (...) *zarządzenie wprowadza nowe regulacje dotyczące zwiększenia współczynnika korygującego przy rozliczaniu świadczeń na rzecz osób w wieku: 0-6 lat do 2,7 oraz w wieku 66-75 lat do 2,7. Zmiany te wynikają z rozpatrzenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia wniosków zgłoszonych przez organizacje świadczeniodawców w trakcie spotkania w dniu 27 września 2018 r., dotyczących wzrostu nakładów na POZ w IV kwartale 2018 r. (w związku z ewentualnym brakiem środków na sfinansowanie przez świadczeniodawców wszystkich kosztów wzrostu wynagrodzeń dla tzw. pielęgniarek praktyki tj. nieprowadzących własnych list*

<sup>3</sup> wzór umowy o udzielanie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowa opieka zdrowotna

<sup>4</sup> wzór oświadczenia o uzgodnieniu podziału środków na zwiększenie finansowania świadczeń udzielanych przez pielęgniarki POZ, położne POZ, pielęgniarki/higienistki szkolne

świadczeniobiorców). Określony wzrost wynagrodzeń związany jest z realizacją postanowień przepisów wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zarządzenie Nr 101/2018/DSOZ weszło w życie z dniem jego podpisania (28 września 2018 r.), jednak zgodnie z § 3, wskazana powyżej zmiana § 15 ust. 2 pkt 1 i 5 zarządzenia nr 122/2017/DSOZ, stosowana jest do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 października 2018 r., zaś zmienione załączniki stosowane są do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 września 2018 r.

Tym samym, z dniem 1 października 2018 r.<sup>[5]</sup> brzmienie § 15 zarządzenia Nr 122/2017/DSOZ jest następujące (uwzględniając zmiany wprowadzone zarządzeniem Nr 100/2018/DSOZ oraz Nr 101/2018/DSOZ):

1. *Finansowanie świadczeń udzielonych przez lekarza poz na podstawie rocznej stawki kapitacyjnej, realizowane jest zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 8, z zastrzeżeniem ust. 2-4.*
2. *W stosunku do świadczeniobiorcy zadeklarowanego do lekarza poz, stawka kapitacyjna korygowana jest z zastosowaniem współczynnika odpowiedniego do grupy wiekowej świadczeniobiorcy albo charakteru miejsca pobytu świadczeniobiorcy, tj.:*
  - 1) *osoba niewymieniona w pkt 7, w wieku do 6. roku życia - współczynnik **2,7**;*
  - 2) *osoba niewymieniona w pkt 7, w wieku od 7. do 19. roku życia - współczynnik 1,2;*
  - 3) *osoba niewymieniona w pkt 7, w wieku od 20. do 39. roku życia - współczynnik 1,0;*
  - 4) *osoba niewymieniona w pkt 7, w wieku od 40. do 65. roku życia:*
    - a) *do dnia 31 sierpnia 2018 r. - współczynnik 1,24,*
    - b) ***3 od dnia 1 września 2018 r. - współczynnik **1,30**;***
  - 5) *osoba niewymieniona w pkt 7, w wieku od 66. do 75. roku życia - współczynnik **2,7**;*
  - 6) *osoba niewymieniona w pkt 7, w wieku powyżej 75. roku życia - współczynnik 3,1;*
  - 7) *podopieczny domu pomocy społecznej, zwanego dalej "DPS" lub placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej - współczynnik 3,1.*

*Kwalifikacja świadczeniobiorców do poszczególnych grup, dla których w ust. 2 określone zostały współczynniki korygujące, odbywa się na podstawie bieżącej informacji o aktywnych deklaracjach wyboru w danym okresie sprawozdawczym, sporządzonej na podstawie złożonych przez świadczeniobiorców deklaracji wyboru świadczeniodawcy i lekarza poz. 4. Liczbę świadczeniobiorców, o których mowa w ust. 2 pkt 7, potwierdza się nie rzadziej niż dwukrotnie (w styczniu i lipcu) w każdym roku, informacją o liczbie świadczeniobiorców objętych opieką przez świadczeniodawcę w każdej z tych jednostek; informacja, sporządzona*

---

<sup>5</sup> zmiana § 15 ust. 2 pkt 1 weszła w życie w dniu 27 września 2018 r.

*zgodnie ze wzorem określonym w umowie, przekazywana jest do Oddziału Funduszu w formie pisemnej, w terminach: do dnia 7 stycznia oraz do dnia 7 lipca każdego roku.*

- 3. Kwalifikacja świadczeniobiorców do poszczególnych grup, dla których w ust. 2 określone zostały współczynniki korygujące, odbywa się na podstawie bieżącej informacji o aktywnych deklaracjach wyboru w danym okresie sprawozdawczym, sporządzonej na podstawie złożonych przez świadczeniobiorców deklaracji wyboru świadczeniodawcy i lekarza poz.*
- 4. Liczbę świadczeniobiorców, o których mowa w ust. 2 pkt 7, potwierdza się nie rzadziej niż dwukrotnie (w styczniu i lipcu) w każdym roku, informacją o liczbie świadczeniobiorców objętych opieką przez świadczeniodawcę w każdej z tych jednostek; informacja, sporządzona zgodnie ze wzorem określonym w umowie, przekazywana jest do Oddziału Funduszu w formie pisemnej, w terminach: do dnia 7 stycznia oraz do dnia 7 lipca każdego roku.*
- 5. Kapitacyjna stawka roczna, o której mowa w ust. 1, nie obejmuje świadczeń udzielanych przez lekarza poz, dla których warunki umowy ustalają inne zasady finansowania.*
- 6. Rozliczenia świadczeń, o których mowa w ust. 5, dokonuje się zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 9 pkt 1-3. Ceny jednostkowe jednostek rozliczeniowych tych świadczeń, są określone w załączniku nr 1 do zarządzenia.*

Aktualnie brzmiące załączniki do zarządzenia Nr 122/2017/DSOZ (które uległy zmianie na skutek zarządzeń nr 100/2017/DSOZ oraz 101/2017/DSOZ), zawarte są:

- w przypadku załącznika Nr 1 (wartości stawek kapitacyjnych, porad i ryczałtów w POZ) do zarządzenia Nr 122/2017/DSOZ – w załączniku nr 1 do zarządzenia Nr 100/2018/DSOZ;
- w przypadku załączników Nr 2 (wzór umowy o udzielanie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowa opieka zdrowotna) i 2a (wzór oświadczenia o uzgodnieniu podziału środków na zwiększenie finansowania świadczeń udzielanych przez pielęgniarki POZ, położne POZ, pielęgniarki/higienistki szkolne) do zarządzenia Nr 122/2017/DSOZ – w załącznikach nr 1 i 2 do zarządzenia Nr 101/2018/DSOZ.

Z pełnym brzmieniem zarządzenia Nr 100/2018/DSOZ (wraz z załącznikami) oraz jego uzasadnieniem, można zapoznać się pod adresem: <http://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1002018dsoz,6827.html> .

Z pełnym brzmieniem zarządzenia Nr 101/2018/DSOZ (wraz z załącznikami) oraz jego uzasadnieniem, można zapoznać się pod adresem: <http://nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1012018dsoz,6829.html> .

**Zmiana zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów  
o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka  
specjalistyczna.**

Na podstawie zarządzenia Nr 94/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 września 2018 r., zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, z dniem 15 września 2018 r. (zwanego dalej *zarządzeniem zmieniającym*), w zarządzeniu Nr 22/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna (zmienionym zarządzeniem Nr 64/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2018 r. oraz zarządzeniem Nr 81/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2018 r.), w § 12 po ust. 16 dodaje się ust. 17 w brzmieniu:

*„17. W przypadku udzielania świadczeń w zakresach: endokrynologia, endokrynologia dla dzieci, gastroenterologia, gastroenterologia dla dzieci, kardiologia, kardiologia dziecięca, neurochirurgia, neurochirurgia dla dzieci, okulistyka, okulistyka dla dzieci, wartość rozliczanego świadczenia określonego w katalogu:*

*1) ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych, stanowiącym załącznik nr 5a do zarządzenia, z wyłączeniem świadczenia oznaczonego kodem W02,*

*2) specjalistycznych świadczeń odrębnych, stanowiącym załącznik nr 5b do zarządzenia*

*- ulega skorygowaniu z zastosowaniem współczynnika 1,2, pod warunkiem spełnienia jednocześnie następujących warunków:*

*1) średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w kategorii medycznej „przypadek stabilny” z danego okresu sprawozdawczego, mierzony na ostatni dzień okresu sprawozdawczego, uległ skróceniu o nie mniej niż 20%, w stosunku do średniego czasu oczekiwania z okresu sprawozdawczego poprzedzającego bezpośrednio dany okres sprawozdawczy, mierzonego na ostatni dzień okresu sprawozdawczego;*

*2) liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym jest większa niż liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w okresie sprawozdawczym bezpośrednio poprzedzającym dany okres sprawozdawczy.*

Ponadto, zgodnie z §§ 2-4 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 [Nr 22/2018/DSOZ – zmienionego zarządzeniem Nr 64/2018/DSOZ oraz*

zarządzeniem Nr 81/2018/DSOZ – przyp. red. Serwisu], w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia.

**§ 3.**

1. Zobowiązuje się dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia do wprowadzenia niezbędnych zmian wynikających z wejścia w życie przepisów zarządzenia, o których mowa w § 1, do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami.

2. Przepis ust. 1 stosuje się również do umów zawartych ze świadczeniodawcami po zakończeniu postępowań, o których mowa w § 2.

**§ 4.** Przepisy zarządzenia mają zastosowanie do świadczeń udzielanych poza systemem podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej od dnia 1 września 2018 r.

Wydane zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy 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.).

Zmiany wprowadzone zarządzeniem zmieniającym polegają na wprowadzeniu współczynnika korygującego w wysokości 1,2 przy rozliczaniu świadczeń w poradniach specjalistycznych przez świadczeniodawców, którzy w znacznym stopniu (co najmniej o 20%) skrócili czas oczekiwania na uzyskanie świadczenia w zakresach: endokrynologii, endokrynologii dla dzieci, gastroenterologii, gastroenterologii dla dzieci, kardiologii, kardiologii dziecięcej, neurochirurgii, neurochirurgii dla dzieci, okulistyki, okulistyki dla dzieci. Zgodnie ze stanowiskiem przedstawionym w uzasadnieniu do zarządzenia zmieniającego, służyć ma ono zmotywowaniu świadczeniodawców do lepszego zarządzania listami oczekujących.

Przepisy zarządzenia mają zastosowanie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych poza systemem podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej nie wcześniej niż od dnia 1 września 2018 r.

Z pełnym brzmieniem zarządzenia oraz jego uzasadnieniem, można zapoznać się pod adresem: <http://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-942018dsoz,6819.html> .

**Zmiana zarządzenia w sprawie szczegółowych warunków wypłaty należności i rozliczania kwoty zobowiązania, wynikających z realizacji postanowień rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów.**

Na podstawie zarządzenia Nr 99/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 września 2018 r., zmieniającego zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków wypłaty należności i rozliczania kwoty zobowiązania wynikających z realizacji postanowień rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów (zwanego dalej *zarządzeniem zmieniającym*), z dniem 26 września 2018 r., w zarządzeniu Nr 79/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 lipca 2016 r. w sprawie szczegółowych warunków wypłaty należności i rozliczania kwoty zobowiązania wynikających z realizacji postanowień rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów, zmienionym zarządzeniem Nr 89/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. oraz zarządzeniem Nr 68/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 sierpnia 2017 r., zmianie ulega załącznik nr 3 do zarządzenia Nr 79/2016/DSOZ (zgodnie z brzmieniem załącznika nr 1 do zarządzenia zmieniającego) oraz załącznik nr 4 do zarządzenia Nr 79/2016/DSOZ (zgodnie z brzmieniem załącznika nr 2 do zarządzenia zmieniającego).

Zarządzenie zmieniające stanowi wypełnienie upoważnienia zawartego w § 2 ust. 8 w zw. z § 4 ust. 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628).

Zmiany dotyczą:

- 1) wzoru dokumentu potwierdzającego przekazanie środków na zwiększenie finansowania świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 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.), w sposób określony w tych przepisach:
  - a) zgodnie z zawartym porozumieniem, albo
  - b) zgodnie z pozytywnie zaopiniowanym sposobem podziału, albo
  - c) w równej miesięcznej wysokości w przeliczeniu na etat, albo równoważnik etatu pielęgniarki albo położnej;
- 2) wykazu produktów rozliczeniowych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie przepisów wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach.

Z pełnym brzmieniem zarządzenia (wraz z załącznikami) oraz jego uzasadnieniem, można zapoznać się pod adresem: <http://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-992018dsoz,6826.html> .



**2. NOWE AKTY PRAWNE:**

**1) Nowe akty prawa powszechnie obowiązującego:**

Brak nowych aktów prawnych.

**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 28 września 2018 roku do 26 października 2018 roku, z zastrzeżeniem, iż obowiązki te należy w każdym przypadku interpretować indywidualnie, w zależności od sposobu i zakresu wykonywania działalności leczniczej.

Data	Obowiązki lekarza	Podstawa prawna
<p><b>do dnia</b> <b>30.09.2018 r.</b></p>	<p><b>wniosek Wn-U-G przez rencistów prowadzących działalność gospodarczą</b></p> <p>Osoba niepełnosprawna wykonująca działalność gospodarczą składa wniosek o wypłatę refundacji składek na ubezpieczenia społeczne za dany miesiąc.</p> <p>Wniosek Wn-U-G powinien być złożony do ostatniego dnia miesiąca następującego po okresie sprawozdawczym, a Wn-U-A w terminie pomiędzy pierwszym a ostatnim dniem drugiego miesiąca danego kwartału.</p>	<p>art. 25c ust. 1 ustawy z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych</p>
	<p><b>wpłata podatku oraz złożenie deklaracji PIT-CFC lub CIT-CFC</b></p> <p>Podatnicy, osiągający dochody z działalności prowadzonej przez zagraniczne spółki kontrolowane, są obowiązani składać urzędowi skarbowym zeznanie: CIT-CFC lub PIT-CFC o wysokości dochodu z zagranicznej spółki kontrolowanej osiągniętego w roku podatkowym, w terminie do końca dziewiątego miesiąca następnego roku podatkowego i w tym terminie wpłacić podatek należny.</p>	<p>- art. 24a i 27 ust. 2a ustawy z 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych, - art. 30f i art. 45 ust. 1aa ustawy z 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.</p>
	<p><b>wpłata na rachunek bankowy II części odpisu na Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych</b></p> <p>Lekarze – pracodawcy, którzy utworzyli zakładowy fundusz świadczeń socjalnych, przekazują równowartość dokonanych odpisów i zwiększeń na rok 2018 na rachunek bankowy ZFŚS w terminie do dnia 30 września, z tym że w terminie do dnia 31 maja tego roku przekazują kwotę stanowiącą co najmniej 75% równowartości odpisów:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- odpisu podstawowego, naliczanego w stosunku do przeciętnej liczby zatrudnionych,</li> <li>- odpisu podstawowego na jednego pracownika młodocianego,</li> <li>- odpisu podstawowego na jednego pracownika wykonującego prace w szczególnych warunkach lub prace o szczególnym charakterze.</li> </ul> <p>Oznacza to, że równowartość pozostałej kwoty dokonanych odpisów i zwiększeń pracodawca przekazuje na rachunek</p>	<p>art. 6 ust. 2 ustawy z 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych</p>

	bankowy Funduszu w terminie do dnia 30 września.	
<b>do dnia 7.10.2018 r.</b>	<p><b>podatek w formie karty podatkowej za wrzesień</b></p> <p>Podatnicy, którzy płacą podatek dochodowy w formie karty podatkowej, przekazują go pomniejszonego o zapłaconą składkę na ubezpieczenie zdrowotne, bez wezwania w terminie do dnia 7. każdego miesiąca za miesiąc ubiegły, a za grudzień - w terminie do dnia 28 grudnia roku podatkowego, na rachunek urzędu skarbowego.</p>	art. 31 ust. 5 ustawy z 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne
<b>do dnia 7.10.2018 r.</b>	<p><b>wpłata zryczałtowanego podatku od dochodów z dywidend oraz innych przychodów z tytułu udziału w zyskach osób prawnych oraz sporządzenie CIT-7 za wrzesień</b></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"> <li>1) mającym siedzibę lub zarząd na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej - informację o wysokości pobranego podatku w terminie przekazania kwoty pobranego podatku,</li> <li>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</li> </ol>	art. 26 ust. 3-3a ustawy z 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych
<b>do dnia 8.10.2018 r.</b>	<p><b>złożenie do GUS sprawozdania Z-05</b></p> <p>Osoby prawne, jednostki organizacyjne niemające osobowości prawnej, osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą – według jednostek lokalnych, w których liczba zatrudnionych wynosi 1 i więcej osób, prowadzące działalność gospodarczą w zakresie m.in. opieki zdrowotnej i pomocy społecznej do 6 dnia roboczego po kwartale sprawozdawczym mają obowiązek przekazać GUS sprawozdanie Z-05</p> <p>Terminy przekazania: raz w kwartale do 9 kwietnia 2018 r. za I kwartał 2018 r., do 9 lipca 2018 r. za II kwartał 2018 r., do 8 października 2018 r. za III kwartał 2018 r., do 9 stycznia 2019 roku za IV kwartał 2018 r.</p>	- rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 grudnia 2017 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2018

<p><b>do dnia 10.10.2018 r.</b></p>	<p><b>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</b></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"> <li>1) na ubezpieczenia społeczne – kwotę w wysokości najniższej podstawy wymiaru składek dla osób prowadzących pozarolniczą działalność, obowiązującej je i osoby z nimi współpracujące;</li> <li>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.</li> </ol> <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><b>do dnia 15.10.2018 r.</b></p>	<p><b>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</b></p> <p>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 15 dnia następnego miesiąca – dla płatników niebędących jednostkami budżetowymi i samorządowymi zakładów budżetowych ani osobami fizycznymi opłacającymi składkę wyłącznie za siebie.</p>	<p>art. 47 ust. 1 pkt 3, ust. 4–4c ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.</p>
	<p><b>zaliczka na podatek od nieruchomości (dot. osób prawnych i jednostek niemających osobowości prawnej)</b></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 dnia 15. każdego miesiąca, a za styczeń do dnia 31 stycznia.</p>	<p>art. 6 ust. 9 pkt 3 ustawy z 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych</p>
	<p><b>termin wystawienia faktur za wrzesień</b></p> <p>Co do zasady, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, fakturę wystawia się nie później niż 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 15. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym otrzymano zaliczkę.</p>	<p>art. 106i ustawy z 11 marca 1994 r. o podatku od towarów i usług</p>
<p><b>do dnia 20.10.2018 r.</b></p>	<p><b>zaliczka na podatek dochodowy od pracowników zatrudnionych na umowę o pracę oraz z tytułu umów zlecenia i o dzieło za wrzesień</b></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</p>	<p>art. 38 ust. 1 ustawy z 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.</p>

	<p>kwotą potrąconego podatku a kwotą wpłaconego podatku występuje różnica, należy ją wyjaśnić w rocznej deklaracji</p>	
	<p><b>zryczałtowany podatek dochodowy od przychodów osób fizycznych za wrzesień</b></p> <p>Podatnicy opodatkowani ryczałtem od przychodów ewidencjonowanych, którzy wybrali miesięczny sposób opłacania ryczałtu są obowiązani za każdy miesiąc obliczać ryczałt od przychodów ewidencjonowanych i wpłacać go na rachunek urzędu skarbowego w terminie do dnia 20 następnego miesiąca, a za miesiąc grudzień - w terminie złożenia zeznania (a więc do dnia 31 stycznia roku następnego).</p> <p>Podatnicy mogą obliczać ryczałt od przychodów ewidencjonowanych i wpłacać go na rachunek urzędu skarbowego w terminie do dnia 20 następnego miesiąca po upływie kwartału, za który ryczałt ma być opłacony, a za ostatni kwartał roku podatkowego - w terminie złożenia zeznania, gdy otrzymane przychody z działalności prowadzonej samodzielnie albo przychody spółki - w roku poprzedzającym rok podatkowy - nie przekroczyły kwoty stanowiącej równowartość 25 000 euro (zgodnie art. 21 ust. 1b ustawy z 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne)</p>	<p>art. 21 ust. 1 i 1a ustawy z 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne</p>
	<p><b>zaliczka na podatek dochodowy od osób fizycznych od dochodów osiągniętych z działalności gospodarczej oraz z umów najmu i dzierżawy we wrześniu</b></p> <p>Podatnicy osiągający dochody z pozarolniczej działalności gospodarczej oraz z najmu lub dzierżawy są obowiązani bez wezwania wpłacać w ciągu roku podatkowego zaliczki na podatek dochodowy. Zaliczki miesięczne wpłaca się w terminie do 20 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni. Zaliczki kwartalne podatnicy wpłacają w terminie do 20 dnia każdego miesiąca następującego po kwartale, za który wpłacana jest zaliczka. Zaliczkę za ostatni miesiąc lub ostatni kwartał roku podatkowego podatnik wpłaca w terminie do 20 stycznia następnego roku podatkowego, chyba że przed upływem terminu do jej wpłaty złoży zeznanie i dokona zapłaty podatku.</p>	<p>art. 44 ust. 6 ustawy z 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych</p>
	<p><b>zaliczka na podatek dochodowy od dochodów zagranicznych oraz innych dochodów uzyskiwanych bez pośrednictwa płatnika we wrześniu</b></p> <p>Podatnicy uzyskujących dochody bez pośrednictwa płatników ze stosunku pracy z zagranicy, z emerytury</p>	<p>art. 44 ust. 3a ustawy z 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.</p>

	<p>i renty zagranicznej oraz z tytułów określonych w art. 13 pkt 2, 4 i 6-9 u.p.d.o.f. są obowiązani w terminie do 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym dochód był uzyskany, a za grudzień – w terminie złożenia zeznania podatkowego, wpłacać zaliczki miesięczne, stosując do uzyskanego dochodu najniższą stawkę podatkową określoną w skali podatkowej.</p>	
	<p><b>ryczałty ustawowe w zakresie podatku dochodowego od osób fizycznych za wrzesień</b></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 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych</p>
	<p><b>zaliczka na podatek dochodowy od osób prawnych za wrzesień</b></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 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych</p>

	<p><b>zaliczka na zryczałtowany podatek od przychodów osiąganych z tytułu najmu prywatnego</b></p> <p>Ryczałt od przychodów ewidencjonowanych wynosi 8,5% od przychodów postaci pieniędzy i wartości pieniężnych oraz wartości otrzymanych świadczeń w naturze i innych nieodpłatnych świadczeń z tytułu umowy najmu, podnajmu, dzierżawy, poddzierżawy lub innych umów o podobnym charakterze do kwoty 100 000 zł, a od nadwyżki ponad tę kwotę ryczałt od przychodów ewidencjonowanych wynosi 12,5% przychodów.</p>	<p>art. 12 ust. 1 pkt 3) lit. a) ustawy z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne</p>
<p><b>do dnia 25.10.2018 r.</b></p>	<p><b>deklaracje VAT (VAT-7, VAT-7K, VAT 8)</b></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"> <li>1) miesięcznych – deklaracji VAT-7;</li> <li>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.</li> </ol> <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 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług</p> <p>- rozporządzenie Ministra Finansów z 18 kwietnia 2018 r. w sprawie wzorów deklaracji dla podatku od towarów i usług</p>
	<p><b>przesłanie JPK_VAT za wrzesień (Jednolity Plik Kontrolny VAT)</b></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</p>	<p>art. 82 § 1b ustawy z 29 sierpnia 1997 r. - Ordynacja podatkowa</p>



	dotyczy.	
	<p><b>informacja podsumowująca VAT-UE za wrzesień</b></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 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług</p>

---

Zatwierdzono przez:

Adwokata Michała Górskiego

Radcę Prawnego Joannę Badke

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](http://www.sowislo.com.pl)

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