

SERWIS INFORMACJI PRAWNEJ
e-informator

Nr 20

[data publikacji: 21 czerwca 2019 roku]

W ramach Serwisu przedstawione zostały zmiany w prawie wchodzące w życie w następującym okresie:	
21.06.2019 – 05.07.2019	w przypadku przepisów prawa powszechnie obowiązującego
07.06.2019 – 21.06.2019	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. świadczeń szpitalnych.

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

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 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dot. harmonogramu przyjęć)	3
Uchylenie rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych	12
Zmiana ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dot. m.in. dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem małoletnim albo posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności)	13
Nowelizacja ustawy zmieniającej ustawę o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (dot. kolejnego przesunięcia terminu wejścia w życie zmian dot. zleceń na wyroby medyczne)	16
Zmiana rozporządzenia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry (dot. wysokości wynagrodzenia zasadniczego)	18
Zmiana rozporządzenia w sprawie kas rejestrujących (dot. obowiązku związanego ze zmianą podmiotu prowadzącego serwis kasy)	19
Uchylenie rozporządzenia w sprawie badań lekarskich i psychologicznych osób występujących o wydanie pozwolenia na broń lub zgłaszających do rejestru broń pneumatyczną oraz posiadających pozwolenie na broń lub zarejestrowaną broń pneumatyczną	20
Zmiana zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej „POZ PLUS”	21
2. NOWE AKTY PRAWNE:	24
3. TERMINARZ LEKARZA:	26

1. ZMIANY W PRZEPISACH:

1. Zmiany w przepisach prawa powszechnie obowiązującego:

Zmiana ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dot. harmonogramu przyjęć)

W dniu 1 lipca 2019 roku wejdzie w życie kolejna część przepisów ustawy z dnia 6 grudnia 2019 roku 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**, która ogłoszona została w dniu 27 grudnia 2018 roku.

Zmiany które wejdą w życie w dniu 1 lipca 2019 roku, dotyczyć będą ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 ze zm.) – zwanej dalej **ustawą o świadczeniach**.

Przedstawione poniżej zmiany wchodzi w życie w dniu **1 lipca 2019 roku**, co wynika z art. 13 pkt 3 ustawy zmieniającej.

W dniu 1 lipca 2019 roku wejdą w życie następujące zmiany:

- 1) **po art. 19 ustawy o świadczeniach, dodany zostaje 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.

2) w art. 20 ustawy o świadczeniach:

- a) uchylony zostaje ust. 1b, który stanowił dotąd, że:

~~Zgłoszeń i wpisów na listę oczekujących na udzielenie świadczenia dokonuje się każdego dnia w godzinach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez danego świadczeniodawcę;~~
- b) **w ust. 2** zmianie ulega treść pkt. 2 i 3, a także dodany zostaje pkt 6. Poniżej przytoczona została cała treść ust. 2, z kolorystycznym oznaczeniem istotnych zmian:

art. 20.

2. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1 [przepis ten stanowi, że: „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.” – przyp. red. Serwisu]:

 - 1) ustala kolejność udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszeń świadczeniobiorcy;
 - 2) informuje ~~pisemnie~~ świadczeniobiorcę **w wybrany przez siebie sposób** o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej, ustalonej zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie ust. 11, i terminie udzielenia świadczenia oraz **na żądanie świadczeniobiorcy** uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu;
 - 3) wpisuje za zgodą świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego:
 - a) numer kolejny,
 - b) datę i godzinę wpisu,
 - c) **identyfikator skierowania, o którym mowa w art. 59aa ust. 4**[mowa w tym wypadku o numerze identyfikującym skierowanie, nadawanym

przez system informatyczny usługodawcy (świadczeniodawcy). Dotyczy skierowań na świadczenia opieki zdrowotnej wystawiane w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej, których aktualny katalog zawarty jest w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2019 roku w sprawie skierowań wystawianych w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 711) – przyp. red. Serwisu¹],

- d) imię i nazwisko świadczeniobiorcy,
- e) numer PESEL, a w przypadku jego braku – **serię i numer paszportu lub dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy,**
- f) rozpoznanie lub powód przyjęcia,
- g) adres świadczeniobiorcy,
- h) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem,
- i) dane dotyczące terminu udzielenia świadczenia:**

- termin oznaczony przez wskazanie daty (dzień, miesiąc, rok); jeżeli planowany termin przekracza 6 miesięcy, licząc od daty wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, świadczeniodawca może, w chwili wpisywania na listę, wskazać termin z dokładnością do tygodnia, miesiąca i roku; w tym przypadku data udzielenia świadczenia powinna być ustalona nie później niż na 14 dni przed planowanym terminem udzielenia świadczenia; art. 19a ust. 5 stosuje się odpowiednio,**
- informację o rezerwacji terminu - w przypadku gdy świadczeniobiorca wybrał termin późniejszy niż wskazany przez świadczeniodawcę,**
- uwzględniane przy wyznaczaniu terminu kryterium medyczne określone w przepisach wydanych na podstawie ust. 11,**

¹ Skierowania te są obecnie wystawiane na:

- 1) ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych, o których mowa w art. 57 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 2) badania:
 - a) echokardiograficzne płodu finansowane ze środków publicznych,
 - b) endoskopowe przewodu pokarmowego finansowane ze środków publicznych,
 - c) medycyny nuklearnej finansowane ze środków publicznych oraz ze środków innych niż środki publiczne,
 - d) rezonansu magnetycznego finansowane ze środków publicznych,
 - e) tomografii komputerowej finansowane ze środków publicznych oraz ze środków innych niż środki publiczne;
- 3) leczenie szpitalne w szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 58 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

– zmianę terminu wraz z podaniem przyczyny, a w przypadku gdy przyczyną jest zmiana kryterium medycznego określonego w przepisach wydanych na podstawie ust. 11, także uzasadnienie tej zmiany,

– informację o uwzględnieniu, przy wyznaczaniu terminu, daty zgłoszenia u świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku, o którym mowa w ust. 10b,

– informację o przywróceniu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia w przypadku, o którym mowa w ust. 10f,

j) 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;

6) na żądanie świadczeniobiorcy wystawia zaświadczenie o wpisie świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia oraz o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej, ustalonej zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie ust. 11, i terminie udzielenia świadczenia.

c) zmianie ulega treść ust. 4:

Lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę część harmonogramu przyjęć.

Jednocześnie wskazać w tym miejscu należy, że zgodnie z cytowanym wcześniej art. 19a ust. 6 ustawy o świadczeniach: *Harmonogram przyjęć stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę.* Zmiana ma więc wyłącznie charakter techniczny.

3) w art. 23 ustawy o świadczeniach wprowadzone zostały zmiany, których ilość wymaga przytoczenia tego przepisu w całości:

art. 23.

1. Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 20 ust. 1 19a ust. 1, przekazuje co miesiąc oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia

informację o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, z wyłączeniem listy oczekujących na udzielenie świadczenia, o której mowa w art. 20 ust. 12, obejmującą:

- 1) dane, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. c i d, dotyczące osób oczekujących dla każdej kategorii świadczeniobiorcy, o której mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 – liczbę osób wpisanych w harmonogramie przyjęć według stanu na ostatni dzień miesiąca;
 - 2) liczbę oczekujących i średni czas oczekiwania obliczony w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1; dla każdego świadczeniobiorcy wpisanego do kategorii oczekujący, o której mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 lit. b - dane, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. d i e, według stanu na ostatni dzień miesiąca ze wskazaniem kryterium medycznego określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11, a w przypadku zmiany w okresie sprawozdawczym kategorii, o której mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 - także wskazanie kategorii posiadanej przed dokonaniem i po dokonaniu zmiany;
 - 3) dane określone w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1.
2. Informację, o których mowa w ust. 1 pkt 2, oraz o możliwości udzielenia świadczenia przez innych świadczeniodawców posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oddział Oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczenia publikuje na swojej stronie internetowej, aktualizując je co najmniej raz w miesiącu, informację o:
- 1) liczbie świadczeniobiorców wpisanych do kategorii oczekujący, o której mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 lit. b, przekazaną przez świadczeniodawcę;
 - 2) średnim czasie oczekiwania w danym miesiącu, obliczonym na podstawie dokumentów rozliczeniowych za dany miesiąc;
 - 3) możliwości udzielenia świadczenia przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
3. Oddział wojewódzki Funduszu informuje świadczeniobiorcę, na jego żądanie, o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z tym oddziałem, średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia.
4. Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 20 ust. 1, przekazuje co najmniej raz w tygodniu każdego jego dnia roboczego do godziny dziesiątej oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia informację o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia według stanu na dzień poprzedzający, z wyłączeniem świadczenia, o którym mowa w art. 20 ust. 12 świadczeń, dla których jest prowadzona lista oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 12, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, innych niż udzielane w warunkach ambulatoryjnych oraz świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej.
- 4a. W przypadku ograniczonych możliwości technicznych świadczeniodawcy, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczenia może wyrazić

zgodę na przekazywanie informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia przez świadczeniodawcę raz w tygodniu.

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

4) po art. 23a ustawy o świadczeniach, dodany zostaje art. 23b, zgodnie z którym:

1. Fundusz jest obowiązany do kontaktu ze świadczeniobiorcami w celu przypomnienia o wyznaczonym terminie udzielenia świadczeń, dla których są prowadzone harmonogramy przyjęć w aplikacji udostępnionej przez Prezesa Funduszu, zgodnie z art. 190 ust. 1a.
2. **W przypadku gdy Fundusz otrzyma od świadczeniobiorcy informację o niemożności stawienia się u świadczeniodawcy w terminie określonym w trybie art. 20 ust. 2, 7 lub 8, lub o rezygnacji ze świadczenia opieki zdrowotnej, jest on obowiązany poinformować o tym niezwłocznie świadczeniodawcę, w którego harmonogramie przyjęć został wpisany świadczeniobiorca.**

- 5) zmianie ulega treść art. 42f ust. 5 pkt 1 ustawy o świadczeniach, dotyczący wniosku do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego, o wyrażenie zgody na zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej. Treść przepisu zmienia się w sposób następujący (przytoczony został cały ust. 5, z kolorystycznym wskazaniem zmian):

5. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1 [mowa o wniosku do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego, o wyrażenie zgody na zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej – przyp. red. Serwisu]:

- 1) dołącza się dokumentację medyczną oraz ~~pisemną informację, o której mowa w art. 20 ust. 2 pkt 2~~ zaświadczenie, o którym mowa w art. 20 ust. 2 pkt 6 [mowa o zaświadczeniu o wpisie świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia oraz o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej – przyp. red. Serwisu], a w przypadku dokumentacji medycznej sporządzonej w języku obcym - tłumaczenie tej dokumentacji na język polski; tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego;
- 2) można dołączyć oświadczenie, że świadczeniobiorca na podstawie wniosku, o którym mowa w ust. 1, sprzeciwia się wydaniu zgody, o której mowa w art. 42i ust. 1.

6) po art. 188 ust. 1 pkt 11 ustawy o świadczeniach, dotyczącym katalogu celów przetwarzania danych osobowych przez Fundusz, dodany zostaje kolejny punkt, zgodnie z którym:

1. Fundusz przetwarza dane osobowe ubezpieczonych w celu: [...]

12) Przypominania o wyznaczonym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej.

7) zmianie ulega treść art. 190 ust. 1 i 1a ustawy o świadczeniach, który dotyczy delegacji ustawowej dla Ministra Zdrowia, do wydania rozporządzenia w przedmiocie zakresu danych gromadzonych przez Fundusz i świadczeniodawców:

art. 190.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, zakres niezbędnych informacji ~~gromadzonych~~ **przetwarzanych** przez świadczeniodawców, w tym sposób obliczania średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, szczegółowy sposób rejestrowania tych informacji, **w tym w harmonogramie przyjęć**, oraz ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, Funduszowi lub innemu podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń ze środków publicznych, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji oraz wzory dokumentów, biorąc pod uwagę zakres zadań wykonywanych przez te podmioty oraz uwzględniając potrzebę ochrony danych osobowych.

1a. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej, do których dostępność, mierzona średnim czasem oczekiwania, jest znacznie utrudniona, minister właściwy do spraw zdrowia w przepisach wydanych na podstawie ust. 1 może określić wykaz świadczeń gwarantowanych, w przypadku których ~~listy oczekujących na udzielenie świadczenia~~ **harmonogramy przyjęć** są prowadzone przez świadczeniodawców udzielających tych świadczeń w aplikacji udostępnionej przez Prezesa Funduszu.

Pełen tekst ustawy zmieniającej, dostępny jest na stronie Internetowego Systemu Aktów Prawnych, pod adresem: <http://prawo.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*.

Pełen tekst ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (należy wybrać tekst ujednolicony), dostępny jest na stronie Internetowego Systemu Aktów Prawnych, pod adresem:

<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20042102135> .

Uchylenie rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych

Istotną konsekwencją wprowadzenia zmian we wspomnianym w poprzedniej części niniejszego wydania e-informatora, art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 ze zm.), stanowi uchylenie z mocy prawa dotychczasowego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 roku w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 192 ze zm.).

Zmieniona treść delegacji dla Ministra Zdrowia, wymaga tym samym wydania nowego aktu prawnego stanowiącego jej wykonanie, gdyż zmianie uległa podstawa prawna rozporządzenia. **Powyższe rozporządzenie ulega tym samym uchyleniu z dniem wejścia w życie wspomnianej zmiany w ustawie o świadczeniach, co będzie mieć miejsce 1 lipca 2019 roku.**

Na dzień publikacji niniejszego wydania e-informatora, Minister Zdrowia nie wydał nowego rozporządzenia w powyższym przedmiocie.

Pełen tekst uchylanego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (w wersji ujednoliconej), dostępny jest na stronie Internetowego Systemu Aktów Prawnych, pod adresem: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20160000192> .

**Zmiana ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
(dot. m.in. dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem małoletnim albo
posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności)**

W dniu 18 kwietnia 2019 roku ogłoszona została ustawa z dnia 16 maja 2019 roku o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz. 1128) – zwana dalej **ustawą zmieniającą**, która wprowadza zmiany do wskazanej w jej tytule ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 ze zm.).

Przedstawione poniżej zmiany wchodzi w życie w dniu **3 lipca 2019 roku**, co wynika z art. 3 ustawy zmieniającej.

Analizowana zmiana na celu doprecyzowanie przepisów dotyczących sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem małoletnim albo posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, w podmiotach leczniczych udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych.

Za sprawą przedmiotowej nowelizacji, zmianie ulega treść art. 33 i 34 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Poniżej przytoczone zostało nowe brzmienie tych przepisów, z kolorystycznym oznaczeniem zmian. Dodatkowo przytoczony został istotny z punktu widzenia tych przepisów art. 33 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (który nie ulega zmianie):

art. 33.

1. Pacjent podmiotu leczniczego **wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne** w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami.
2. Pacjent ma prawo do odmowy kontaktu z osobami wymienionymi w ust. 1.

art. 34.

1. Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.
2. Przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną, o której mowa w ust. 1, rozumie się opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opiekę sprawowaną **nad pacjentem małoletnim albo posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu.**
3. Przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną sprawowaną **nad pacjentem małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, w podmiocie leczniczym, o którym mowa w art. 33 ust. 1, rozumie się również prawo do pobytu wraz z nim przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego.**

art. 35.

1. Pacjent ponosi koszty realizacji praw, o których mowa w art. 33 ust. 1 i art. 34 ust. 1, jeżeli realizacja tych praw skutkuje kosztami **poniesionymi przez podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne** w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.
2. Wysokość opłaty rekompensującej koszty, o których mowa w ust. 1 i 4, ustala kierownik podmiotu, uwzględniając rzeczywiste koszty realizacji praw, o których mowa w art. 33 ust. 1 i art. 34 ust. 1.
3. Informacja o wysokości opłaty, o której mowa w ust. 2, oraz sposobie jej ustalenia, a także o uprawnieniach wynikających z ust. 4, jest jawna i udostępniana w lokalu zakładu leczniczego podmiotu, o którym mowa w ust. 1.
4. Przepisu ust. 1 nie stosuje się w przypadku dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3.

W ramach uzasadnienia do projektu ustawy zmieniającej, w odniesieniu do powyższej zmiany wskazano, że (str. 1-2 uzasadnienia):

Projekt ustawy wprost wskazuje, że z tytułu opieki sprawowanej nad dzieckiem w szpitalu lub innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej rodzice albo opiekunowie nie mogą być obciążeni opłatą, z wyłączeniem posiłków, używania pościeli oraz dodatkowego łóżka ww. zakładu leczniczego [korekta związana z ostatecznie przyjętym brzmieniem przepisów, które nie zawiera takiego wyłączenia – przyp. red. Serwisu]. Analogiczne regulacje proponuje się dla pacjentów posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, gdyż często wymagają oni takiej opieki. Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511, z późn. zm.) osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności to osoby z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolne do pracy albo zdolne do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagające, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. Niezdolność do samodzielnej egzystencji oznacza – w rozumieniu ww. ustawy – naruszenie sprawności organizmu w stopniu uniemożliwiającym zaspokajanie bez pomocy innych osób podstawowych potrzeb życiowych, za które uważa się przede wszystkim samoobsługę, poruszanie się i komunikację. To przemawia za przyjęciem wobec rozważanej grupy osób rozwiązań w zakresie sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej tożsamyh do tych, które będą miały zastosowanie wobec pacjentów małoletnich. Ponadto propozycja ta jest spójna, w zakresie podmiotowym, z rozwiązaniami przyjętymi w ustawie z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (Dz. U. poz. 932). Należy zaznaczyć, że prawo pacjenta do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej obowiązuje już obecnie. Zgodnie z art. 33 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, przez którą rozumie się opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opiekę sprawowaną nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i pogołu. Przepis ten został jedynie doprecyzowany, przez wskazanie, że przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną sprawowaną nad pacjentem małoletnim albo posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, w podmiocie

leczniczym, o którym mowa w art. 33 ust. 1, rozumie się również prawo do pobytu wraz z nim przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego.

Wyłącznie na marginesie wskazać należy, że w ramach art. 2 ustawy zmieniającej, umożliwiono aneksowanie umów z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2021 roku. Powyższy przepis stanowi, że:

art. 2.

- 1. Na wniosek dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, za zgodą świadczeniodawcy, obowiązywanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, realizowanych w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy, może zostać przedłużone na okres nie dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2021 r.*
- 2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia kieruje do wszystkich świadczeniodawców realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, które nie zostały wypowiedziane na dzień nadania wniosku.*

Pełen tekst ustawy zmieniającej, dostępny jest na stronie Internetowego Systemu Aktów Prawnych, pod adresem: <http://dziennikustaw.gov.pl/du/2019/1128/1> .

Pełen tekst ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (należy wybrać tekst ujednolicony, przy czym nie uwzględnia on jeszcze powyższych zmian), dostępny jest na stronie Internetowego Systemu Aktów Prawnych, pod adresem: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20090520417> .

Pełen tekst uzasadnienia do projektu ustawy zmieniającej, dostępny na stronie internetowej Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej, pod adresem: <http://www.sejm.gov.pl/sejm8.nsf/agent.xsp?symbol=RPL&Id=RM-10-8-19> .

Nowelizacja ustawy zmieniającej ustawę o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (dot. kolejnego przesunięcia terminu wejścia w życie zmian dot. zleceń na wyroby medyczne)

W dniu 1 lipca 2019 roku wchodzi w życie art. 2 ustawy z dnia 16 maja 2019 roku o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2019 r. poz. 1096) – zwanej dalej **ustawą nowelizującą**.

Powyższy przepis **modyfikuje treść art. 10 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 20 lipca 2018 roku o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw** (Dz. U. z 2018 r. poz. 1515 ze zm.), który to przepis dotyczy z kolei terminów wejścia w życie zmian w ustawie z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r. poz. 784 ze zm.) – wprowadzanych na podstawie art. 6 wspomnianej wyżej ustawy z dnia 20 lipca 2018 roku. **Dochodzi zatem w istocie do nowelizacji ustawy zmieniającej. Na temat części zmian wprowadzanych art. 6 ustawy z dnia 20 lipca 2018 roku, wspomniano w numerze 2. e-informatora² (data publikacji: 28 września 2018 roku), na stronach 5-8.**

Poniżej, kolorystycznie przedstawiono zmianę dot. przedmiotowego art. 10 ustawy z dnia 20 lipca 2018 roku o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (który to przepis był już w międzyczasie raz nowelizowany, na podstawie art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 6 grudnia 2018 roku o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2429). Poprzednia zmiana weszła w życie 31 grudnia 2018 roku³):

art. 10.

- 1. Zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zlecenia naprawy wystawione przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy zachowują ważność do dnia ich realizacji.*
- 2. Do dnia ~~30 czerwca~~ 31 grudnia 2019 r. zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zlecenia naprawy są wystawiane, potwierdzane i realizowane na dotychczasowych zasadach. W okresie od dnia 1 stycznia 2019 r. do dnia ~~30 czerwca~~ 31 sierpnia 2019 r. świadczeniodawcy, w porozumieniu z Narodowym Funduszem Zdrowia, mogą wystawiać i realizować zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zlecenia naprawy na zasadach określonych przepisami ustawy zmienianej w art. 6, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.*

² Numer 2. e-informatora dostępny jest pod adresem:

<https://wil.org.pl/wp-content/uploads/wydanie-2-28.09.2018-ZAKTUALIZOWANE.pdf>

³ Na temat tej zmiany wspomniano z kolei w numerze 8. e-informatora (str. 10), który dostępny jest pod adresem: <https://wil.org.pl/wp-content/uploads/wydanie-8-21.12.2018-aktualizacja-nr-4.pdf>

3. Zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zlecenia naprawy, które do dnia ~~30 czerwca~~ **31 grudnia 2019 r.** zostały **na dotychczasowych zasadach:**

- 1) wystawione,
- 2) wystawione i potwierdzone

~~są odpowiednio potwierdzane i realizowane albo realizowane na dotychczasowych zasadach, jednak nie dłużej niż do dnia 30 czerwca 2020 r., z wyłączeniem zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zleceń naprawy, o których mowa w ust. 2 zdanie drugie.~~

– są odpowiednio potwierdzane i realizowane albo realizowane na dotychczasowych zasadach, jednak nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2020 r.

Jednocześnie wspomnieć w tym miejscu należy dodatkowo o art. 4 ustawy nowelizującej (z dnia 16 maja 2019 roku): *W okresie od dnia 1 września 2019 r. do dnia 31 grudnia 2019 r. świadczeniodawcy, w porozumieniu z Narodowym Funduszem Zdrowia, mogą wystawiać i realizować zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zlecenia naprawy na zasadach określonych przepisami ustawy zmienianej w art. 1 [w ustawie z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych – przyp. red. Serwisu], w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.* Powyższy przepis wejdzie w życie w dniu 1 września 2019 roku.

Jak wskazano w uzasadnieniu projektu ustawy nowelizującej (z dnia 16 maja 2019 roku):

Proponuje się, aby zmiany dotyczące zleceń na wyroby medyczne weszły w życie z dniem 1 września 2019 r., przy jednoczesnym wydłużeniu dotychczasowego okresu trwania pilotażu, w którym świadczeniodawcy mogą wystawiać i realizować zlecenia w nowy sposób w porozumieniu z NFZ, do dnia 31 grudnia 2019 r. W tym celu dokonuje się zmiany art. 10 w ustawie z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, który wejdzie w życie z dniem 30 czerwca 2019 r., oraz dodaje w projekcie ustawy art. 4. Pozwoli to na praktyczną weryfikację działania proponowanego rozwiązania i dostosowanie funkcjonowania podmiotów leczniczych oraz prowadzących sprzedaż wyrobów medycznych do nowych zasad.

Pełen tekst ustawy nowelizującej (z dnia 16 maja 2019 roku), dostępny jest na stronie Internetowego Systemu Aktów Prawnych, pod adresem:

<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190001096> .

Pełen tekst ustawy nowelizowanej (z dnia z dnia 20 lipca 2018 roku), dostępny jest na stronie Internetowego Systemu Aktów Prawnych (na dzień publikacji niniejszego numer e-informatora, tekst ujednolicony nie uwzględnia powyższych zmian), pod adresem:

<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180001515> .

Pełen tekst ustawy z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, dostępny jest na stronie Internetowego Systemu Aktów Prawnych (należy wybrać tekst ujednolicony), pod adresem:

<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20111220696> .

Pełen tekst uzasadnienia do projektu ustawy nowelizującej (z dnia 16 maja 2019 roku), dostępny na stronie internetowej Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej, pod adresem:

<http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/druk.xsp?nr=3409> .

**Zmiana rozporządzenia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza
dentysty (dot. wysokości wynagrodzenia zasadniczego)**

W dniu 1 lipca 2019 roku wchodzi w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 kwietnia 2019 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 862) – zwane dalej **rozporządzeniem zmieniającym**.

Powyższy akt prawny wprowadza zmianę w § 6 ust. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 roku w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn. Dz. U. z 2014 r. poz. 474 ze zm.) – zwanego dalej **rozporządzeniem zmienianym**, polegającą na podwyższeniu wysokości miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego:

§ 6.

5. Lekarz, lekarz dentysta odbywający staż otrzymuje zasadnicze wynagrodzenie miesięczne w wysokości ~~2369~~ 2465 zł.

Jak wskazano w uzasadnieniu projektu rozporządzenia zmieniającego:

Zmiana tego rozporządzenia wynika z konieczności uwzględnienia przepisów ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. 1473, z późn. zm.) w której wprowadzono obowiązek podwyższania pracownikom medycznym zatrudnionym w podmiotach leczniczych wynagrodzeń zasadniczych do poziomu najniższego wynagrodzenia zasadniczego, obliczonego w sposób wskazany ww. ustawą. Począwszy od dnia 1 lipca 2018 r. podwyżki powinny wynosić corocznie na dzień 1 lipca 20 % różnicy między najniższym wynagrodzeniem zasadniczym właściwym dla tej grupy a wynagrodzeniem zasadniczym aktualnym na ten dzień dla lekarzy stażystów i lekarzy dentystów stażystów. Powyższe oznacza, że kwota podwyżki powinna być każdorazowo (co roku) obliczana na dzień 1 lipca, przy czym do obliczenia kwoty ewentualnej podwyżki wynagrodzenia zasadniczego pracownika medycznego powinna być przyjmowana aktualna dla tego pracownika wysokość wynagrodzenia zasadniczego na dzień 1 lipca każdego roku.

Pełen tekst rozporządzenia zmieniającego, dostępny jest na stronie Internetowego Systemu Aktów Prawnych, pod adresem:

<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190000862> .

Pełen tekst rozporządzenia zmienianego (w wersji nieuwzględniającej przedmiotowej zmiany), dostępny jest na stronie Internetowego Systemu Aktów Prawnych, pod adresem:

<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20140000474> .

Pełen tekst uzasadnienia do projektu rozporządzenia zmieniającego, dostępny na stronie internetowej Rządowego Centrum Legislacji, pod adresem:

<https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12321289/12573055/dokument392103.docx> .

**Zmiana rozporządzenia w sprawie kas rejestrujących
(dot. obowiązku związanego ze zmianą podmiotu prowadzącego serwis kasy)**

W dniu 1 lipca 2019 roku wchodzi w życie § 9 ust. 3 i 4 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 roku w sprawie kas rejestrujących (Dz. U. z 2019 r. poz. 816).

Powyższy akt prawny w pozostałym zakresie wszedł w życie w dniu 1 maja 2019 roku, co wynika z § 65 rozporządzenia. Wspomniane wyżej przepisy w postaci § 9 ust. 3 i 4 rozporządzenia, stanowią iż:

§ 9.

- 3. Podatnik używający kasy może dokonać zmiany podmiotu prowadzącego serwis. O dokonanej zmianie podatnik, w terminie 5 dni od dnia jej dokonania, jest obowiązany powiadomić podmiot prowadzący serwis główny. Do dokonania przez podatnika zmiany nie jest wymagana zgoda podmiotu prowadzącego serwis główny.**
- 4. Podatnik dokonując zmiany, o której mowa w ust. 3, jest obowiązany do wyboru podmiotu prowadzącego serwis, który na dzień dokonywania tej zmiany widnieje w wykazie serwisantów, o którym mowa w § 50** [zgodnie z § 50 ust. 2 rozporządzenia: Wykaz serwisantów jest udostępniany w Biuletynie Informacji Publicznej ministra właściwego do spraw finansów publicznych – przyp. red. Serwisu].

Pełen tekst rozporządzenia w sprawie kas rejestrujących, dostępny jest na stronie Internetowego Systemu Aktów Prawnych, pod adresem:

<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190000816> .

Uchylenie rozporządzenia w sprawie badań lekarskich i psychologicznych osób występujących o wydanie pozwolenia na broń lub zgłaszających do rejestru broń pneumatyczną oraz posiadających pozwolenie na broń lub zarejestrowaną broń pneumatyczną

W dniu 2 lipca 2019 roku, uchyleniu z mocy prawa ulega rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2015 roku w sprawie badań lekarskich i psychologicznych osób występujących o wydanie pozwolenia na broń lub zgłaszających do rejestru broń pneumatyczną oraz posiadających pozwolenie na broń lub zarejestrowaną broń pneumatyczną (Dz. U. z 2015 r. poz. 2210).

Utrata mocy powyższego aktu prawnego wynika z art. 15 w zw. z art. 51 ustawy z dnia 9 listopada 2018 roku o zmianie niektórych ustaw w celu wprowadzenia uproszczeń dla przedsiębiorców w prawie podatkowym i gospodarczym (Dz. U. z 2018 r. poz. 2244). W przypadku art. 15 powyższej ustawy, dotyczył on zmian w ustawie z dnia 21 maja 1999 roku o broni i amunicji (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r. poz. 284), natomiast art. 51 ustawy z dnia 9 listopada 2018 roku stanowi, że:

Dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 151 ustawy zmienianej w art. 15 [ustawy o broni i amunicji – przyp. red. Serwisu] zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 151 ustawy zmienianej w art. 15 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, nie dłużej jednak niż przez 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Wobec faktu, iż w przewidzianym powyższym przepisem czasie, nie zostało wydane nowe rozporządzenie w analizowanym przedmiocie, dotychczasowe ulega uchyleniu w związku z upływem w dniu 1 lipca 2019 roku okresu 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy z dnia 9 listopada 2018 roku.

Pełen tekst uchylanego rozporządzenia, dostępny jest na stronie Internetowego Systemu Aktów Prawnych, pod adresem:

<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20150002210> .

Pełen tekst ustawy z dnia 9 listopada 2018 roku o zmianie niektórych ustaw w celu wprowadzenia uproszczeń dla przedsiębiorców w prawie podatkowym i gospodarczym, dostępny jest na stronie Internetowego Systemu Aktów Prawnych, pod adresem:

<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190000284> .

2. Zmiany w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia:

Zmiana zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej „POZ PLUS”

W dniu 10 czerwca 2019 roku opublikowane zostało zarządzenie Nr 61/2019/DAiS Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 czerwca 2019 roku, zmieniające zarządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej „POZ PLUS” – zwane dalej: **zarządzeniem zmieniającym**.

Pierwotnie opublikowane zarządzenie w powyższym przedmiocie nosi numer 23/2018/DAiS (z dnia 16 marca 2018 r.) i było ono wcześniej dwukrotnie modyfikowane (zarządzeniami nr: 24/2018/DAiS oraz 46/2018/DAiS).

Jak wynika z § 1 zmienianego zarządzenia nr 23/2018/DAiS, określa ono *zasady realizacji programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ PLUS), współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach projektu grantowego „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) Etap II Faza pilotażowa - model POZ PLUS”, realizowanego na podstawie umowy z dnia 28 listopada 2017 r. zawartej ze Skarbem Państwa – Ministrem Zdrowia, w tym zasady przyznawania grantów realizatorom tego programu.*

Jak wskazano w uzasadnieniu do zarządzenia zmieniającego:

Zmiany w zarządzeniu nr 23/2018/DAiS Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 marca 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej „POZ PLUS” zmienionym zarządzeniami Nr 24/2018/DAiS Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21 marca 2018 r. oraz 46/2018/DAiS Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 05 czerwca 2018 r. wynikają ze zmiany umowy zawartej pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację programu pilotażowego „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) Etap II Faza pilotażowa - model POZ PLUS” w części dotyczącej okresu obowiązywania umowy oraz zakresu realizowanych zadań.

Zmiany dotyczą w szczególności:

- 1) w § 2 ust. 1 w pkt 6 w lit. c dodano zapis poszerzający zakres zadań realizowanych przez koordynatorów polegających na zachęcaniu i wspieraniu pacjentów w uzyskaniu dostępu do Internetowego Konta Pacjenta (IKP);
- 2) w § 14 ust. 4 przedłużono okres na jaki zawierane są umowy z realizatorami projektu pilotażowego do dnia 30 czerwca 2021 r.;
- 3) w § 16 ust. 5 wprowadzono nowe wzory oświadczeń świadczeniobiorców wymaganych do udzielenia świadczeń dostępnych w programie pilotażowym;
- 4) w § 19 w ust. 1 pkt 4 oraz w ust. 4 pkt 2 w ramach grantu technologicznego umożliwiono realizatorom pilotażu otrzymanie środków finansowych na uruchomienie usług integracyjnych z Elektroniczną Platformą Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych;
- 5) w § 19 ust. 9 doprecyzowano zapisy dotyczące terminu zwrotu niewykorzystanych środków z grantu technologicznego;

- 6) w § 20 ust. 4 umożliwienie realizatorom projektu pilotażowego na zwiększenie zatrudnienia koordynatorów o 0,25 etatu w związku ze zwiększonym zakresem zadań;
- 7) w § 21 w ust. 9 wydłużono realizatorom projektu okres na realizację obowiązkowych wskaźników wykonania bilansów zdrowia z 12 miesięcy na 18 miesięcy od dnia podpisania umowy;
- 8) w § 21 dodano ust. 14a umożliwiającą realizatorom projektu pilotażowego wnioskowanie o zwiększenie kwoty zobowiązania Funduszu z tytułu realizacji umowy po rozliczeniu 90% wypłaconych środków;
- 9) w § 21 ust. 16 dostosowano treść przepisu do wydłużonego okresu na realizację minimalnych wskaźników poziomu realizacji bilansów
- 10) w § 26 w ust.2 dodano pkt. 3, w którym określono dodatkowy warunek wypłacania osobomiesięca za objęcie opieką jednego świadczeniobiorcy w programie zarządzania chorobą;
- 11) w § 31 dodano ust. 2 i 3 wprowadzający okresowe kontrole Funduszu poziomu wykorzystania środków finansowych przeznaczonych na realizację programu pilotażowego w poszczególnych umowach. Wyniki tych kontroli będą stanowiły podstawę do dokonani zmian w umowach na realizację programu pilotażowego;
- 12) Wprowadzono zmiany w załącznikach nr 1a, 2a, 2b, doprecyzowując warunki realizacji świadczeń udzielanych w projekcie pilotażowym.

Skutek finansowy wynikający z wprowadzenia niniejszej nowelizacji zarządzenia, dotyczy poszerzenia zakresu realizowanych zadań przez koordynatorów i związane z tym zwiększenie wymiaru zatrudnienia o 0,25 etatu. Szacowany wydatek, z tym związany, to kwota około 500 tys. zł w II połowie 2019 r.

Jak wskazano w § 4 zarządzenia zmieniającego:

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania [a więc 11 czerwca 2019 roku – przyp. red. Serwisu], z wyjątkiem § 1 pkt 1, 5 i 11, które wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2019 r.

Wspomnieć ponadto należy o obowiązkach, wynikających z § 2 i 3 zarządzenia zmieniającego:

§ 2.

1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu przedstawia realizatorowi programu pilotażowego w terminie 3 dni od dnia wejścia w życie niniejszego zarządzenia propozycję aneksu do umowy o realizację pilotażu „POZ PLUS”.
2. Realizator programu pilotażowego odsyła do oddziału wojewódzkiego Funduszu podpisany aneks do umowy o realizację pilotażu „POZ PLUS”, o którym mowa w ust. 1, w terminie do dnia 21 czerwca 2019 r.
3. W sytuacji braku zawarcia aneksu do umowy o realizację pilotażu „POZ PLUS”, o którym mowa w ust. 1, do realizatora programu pilotażowego stosuje się zasady określone zarządzeniem, o którym mowa w § 1 niniejszego zarządzenia, w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia.

§ 3.

Jeżeli weksel in blanco, o którym mowa w § 14 ust. 5 zarządzenia zmienianego w § 1 [weksel zabezpieczający prawidłową realizację umowy zawartej z NFZ, składany przez realizatora programu pilotażowego – przyp. red. Serwisu], nie obejmuje okresu od dnia 1 stycznia 2020 r. do dnia 30 czerwca 2021 r., realizator programu pilotażowego zobowiązany jest do złożenia, nie później niż w terminie 15 dni roboczych od dnia podpisania aneksu do umowy, weksla in blanco wraz z wypełnioną deklaracją wystawcy weksla in blanco, na okres wynikający z tego aneksu.

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-612019dais,6936.html> .

Pełen tekst pierwotnego zarządzenia nr 23/2018/DAiS, dostępny jest na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia, pod adresem:

<http://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-232018dais,6741.html> .

Zarządzenia dotychczas zmieniające powyższe zarządzenie, dostępne są na stronach internetowych Narodowego Funduszu Zdrowia pod adresami:

– zarządzenie nr 24/2018/DAiS:

<http://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-242018dais,6742.html> ;

– zarządzenie nr 46/2018/DAiS:

<http://www2.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-462018dais,6764.html> .

2. NOWE AKTY PRAWNE:

1) Nowe akty prawa powszechnie obowiązującego:

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

2) Nowe zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia:

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

3. TERMINARZ LEKARZA:

Poniższe zestawienie przedstawia najistotniejsze – w ocenie sporządzającego – obowiązki lekarza, o których należy pamiętać w okresie **od 21 czerwca 2019 roku do 19 lipca 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 czerwca 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 maj (Jednolity Plik Kontrolny VAT)</p> <p>Osoby prawne, jednostki organizacyjne niemające osobowości prawnej oraz osoby fizyczne, jeżeli są podatnikami VAT czynnymi, prowadzące księgi podatkowe przy użyciu programów komputerowych, są obowiązane, bez wezwania organu podatkowego, do przekazywania, za pomocą środków komunikacji elektronicznej, Szefowi Krajowej Administracji Skarbowej informacji o prowadzonej ewidencji VAT (JPK_VAT), za okresy miesięczne w terminie do 25 dnia miesiąca następującego po każdym kolejnym miesiącu, wskazując miesiąc, którego ta informacja dotyczy.</p>	<p>art. 82 § 1b ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - Ordynacja podatkowa</p>

	<p>informacja podsumowująca VAT-UE za kwiecień</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 30 czerwca 2019 r.*</p> <p>* termin ustawowy przypada na dzień wolny od pracy, wobec czego ulega on przesunięciu na najbliższy dzień roboczy, tj. 1.07.2019 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 lipca 2019 r.*</p> <p>* termin ustawowy przypada na dzień wolny od pracy, wobec czego ulega on przesunięciu na najbliższy dzień roboczy, tj. <u>8.07.2019 r.</u></p>	<p>wpłata zryczałtowanego podatku od dochodów z dywidend oraz innych przychodów z tytułu udziału w zyskach osób prawnych oraz sporządzenie CIT-7 za czerwiec</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 lipca 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 lipca 2019 r.</p>	<p>termin wystawienia faktur za czerwiec</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>	<p>art. 106i ustawy z dnia 11 marca 1994 r. o podatku od towarów i usług</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>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. 9 pkt 3 ustawy z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych</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>

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”.