

SERWIS INFORMACJI PRAWNEJ
e-informator

Nr 21

[data publikacji: 5 lipca 2019 roku]

W ramach Serwisu przedstawione zostały zmiany w prawie wchodzące w życie w następującym okresie:	
01.07.2019 – 19.07.2019	w przypadku przepisów prawa powszechnie obowiązującego
21.06.2019 – 05.07.2019	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 rozporządzenia w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową (dot. trybu obsługi skierowań).....	3
Zmiana zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.....	10
Zmiana zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne	12
Zmiana zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	14
Zmiana zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.....	17
Zmiana zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”.....	19
2. NOWE AKTY PRAWNE:	22
Nowe zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne.....	23
Nowe zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna .	25
3. TERMINARZ LEKARZA:	27
4. WYKAZ REFUNDOWANYCH LEKÓW, ŚRODKÓW SPOŻYWCZYCH SPECJALNEGO PRZEZNACZENIA ŻYWIENIOWEGO ORAZ WYROBÓW MEDYCZNYCH	34

1. ZMIANY W PRZEPISACH:

1. Zmiany w przepisach prawa powszechnie obowiązującego:

Zmiana rozporządzenia w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową (dot. trybu obsługi skierowań)

W dniu 19 lipca 2019 r. wejdzie w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 czerwca 2019 r., zmieniające rozporządzenie w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową (Dz. U. z 2019 r. poz. 1136) – zwanej dalej **rozporządzeniem zmieniającym**. Przedmiotowe rozporządzenie wprowadza zmiany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2011 r. w powyższym przedmiocie (Dz. U. z 2011 r. Nr 142, poz. 835).

Rozporządzenie zmieniające wprowadza następujące zmiany do rozporządzenia z dnia 7 lipca 2011 r. (konkretne przepisy przytoczone zostały w całości, wraz z kolorystycznym oznaczeniem wprowadzonych w nich zmian):

1) w ramach § 2 (na podstawie § 1 pkt 1 rozporządzenia zmieniającego):

1. *Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wystawia skierowanie na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową, zwane dalej "skierowaniem", biorąc pod uwagę:*
 - 1) *wskazania i przeciwwskazania do leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej określone w przepisach wydanych na podstawie art. 19 ust. 3 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. Nr 167, poz. 1399, z późn. zm.);*
 - 2) ~~w przypadku dorosłych – zalecaną częstotliwość korzystania z leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, nie częściej niż raz na 18 miesięcy.~~
w przypadku dorosłych:
 - a) *okres, jaki upłynął od dnia zakończenia przez świadczeniobiorcę ostatniego leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej - nie wcześniej niż przed upływem 12 miesięcy od tej daty,*
 - b) *zalecaną częstotliwość korzystania z leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, nie częściej niż raz na 18 miesięcy.*
2. *Przepisu ust. 1 pkt 2 nie stosuje się do leczenia uzdrowiskowego w szpitalu uzdrowiskowym i leczenia uzdrowiskowego w formie rehabilitacji uzdrowiskowej w szpitalu uzdrowiskowym oraz w uzdrowiskowym leczeniu ambulatoryjnym.*
3. *Wzór skierowania określa załącznik do rozporządzenia.*
4. ~~W skierowaniu lekarz ubezpieczenia zdrowotnego może określić, po uwzględnieniu czynników, o których mowa w ust. 1, miejsce i rodzaj leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej. Wybór miejsca i rodzaju leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji~~

~~uzdrowiskowej dokonany przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego nie jest wiążący dla oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.~~

5. Lekarz wystawiający skierowanie jest obowiązany do prawidłowego i czytelnego wypełnienia skierowania.
6. Skierowanie, w terminie 30 dni od dnia jego wystawienia przez lekarza, pod rygorem utraty ważności skierowania, przesyła się do oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w zamkniętej kopercie opatrzonej napisem "SKIEROWANIE NA LECZENIE UZDROWISKOWE" albo "SKIEROWANIE NA REHABILITACJĘ UZDROWISKOWĄ". Skierowanie może być przesłane przez świadczeniobiorcę wskazanego w skierowaniu.

W ramach uzasadnienia do projektu rozporządzenia zmieniającego, w odniesieniu do powyższych zmian wskazano, że:

- 1) nowelizacja wprowadza 12-miesięczny okres, który upłynąć musi od zakończenia przez świadczeniobiorcę leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, do dnia złożenia kolejnego skierowania na leczenie w powyższych kategoriach świadczeń. Przepis ten wprowadzany jest w § 2 rozporządzenia ws. kierowania, regulującym obowiązki lekarza ubezpieczenia zdrowotnego przy wystawianiu skierowania. Zgodnie z proponowanym brzmieniem, lekarz wystawiający skierowanie zobowiązany będzie, w przypadku dokonywania oceny zasadności kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową do sanatorium osoby dorosłej (przepis ten nie będzie miał zastosowania do dzieci oraz do osób dorosłych, kierowanych do szpitali i ambulatoriów uzdrowiskowych), do wzięcia pod uwagę dnia zakończenia przez świadczeniobiorcę ostatniego leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej. Możliwość wystawienia kolejnego skierowania zaistnieje jedynie w przypadku, w którym od dnia zakończenia terapii upłynę co najmniej 12 miesięcy. Wprowadzenie powyższego rozwiązania podyktowane jest stale wzrastającą liczbą świadczeniobiorców, którzy często natychmiast po zakończeniu pobytu w uzdrowisku, ponownie składają kolejne skierowania, wydłużając tym samym czas oczekiwania na potwierdzenie skierowania.

Z danych przedstawionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynika, że co roku do oddziałów wojewódzkich Funduszu wpływa ok. 500.000 skierowań, z czego ok. 1/3 stanowią skierowania, które wpłynęły w okresie krótszym niż 12 miesięcy od dnia ostatniego zakońzonego leczenia. Należy zwrócić uwagę na fakt, że lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, wystawiający nowe skierowanie zaraz po zakończeniu przez pacjenta poprzedniego leczenia albo rehabilitacji, nie jest w stanie właściwie ocenić wpływu właśnie zakończonej terapii na stan zdrowia pacjenta z uwagi na zbyt krótki czas, jaki upłynął od jej przebycia. Konieczność zapewnienia możliwości dokonania przez lekarza prawidłowej oceny wpływu leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej na organizm pacjenta jest istotna w szczególności w świetle potwierdzonej doświadczalnie i medycznie reguły ograniczenia korzystania z leczenia bodźcowego w uzdrowiskach, określonej w „Kompendium Balneologii – Rekomendacje Krajowego Konsultanta”, autorstwa Pani prof. dr hab. med. Ireny Ponikowskiej, Konsultanta Krajowego w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej. Dodać należy, że wprowadzenie proponowanej regulacji niewątpliwie przyczyni się do bardziej równomiernego i przejrzystszeo zapewnienia dostępu do świadczeń dla świadczeniobiorców i będzie miało znaczący wpływ na skrócenie kolejki oczekujących na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową.

- 2) usunięcie w § 2 ust. 4 związane jest z wprowadzeniem jednoczesnych zmian w załączniku do rozporządzenia, określającym wzór skierowania. Usunięta z treści rozporządzenia ws. kierowania norma przyznawała lekarzowi ubezpieczenia zdrowotnego, wystawiającemu skierowanie, kompetencję do określenia miejsca i rodzaju leczenia uzdrowskiego albo rehabilitacji uzdrowskowej, co z kolei nie było okolicznością wiążącą dla lekarza specjalisty Narodowego Funduszu Zdrowia, dokonującego potwierdzenia skierowania. Należy stwierdzić, że komentowany przepis jest normą zbędną w kontekście całego trybu realizacji skierowań i jego usunięcie nie będzie miało negatywnego wpływu na system obsługi skierowań. Przede wszystkim należy zauważyć, że zaproponowane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego miejsce i rodzaj leczenia, nie są wiążące dla lekarza NFZ. Tym samym, umieszczona przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego na skierowaniu propozycja np. miejsca skierowania pacjenta w istocie pozostaje bez znaczenia, gdyż dopiero lekarz specjalista, zatrudniony w oddziale wojewódzkim NFZ, dokonujący oceny zasadności skierowania, posiada wiedzę, które z zakładów lecznictwa uzdrowskiego prowadzą świadczenia w zakresie profilu determinowanego jednostką chorobową, stanowiącą podstawę skierowania, wraz z oceną schorzeń współistniejących oraz innych danych medycznych, wynikających z treści skierowania lub dołączonej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy oraz dostępnością miejsc w zakładach lecznictwa uzdrowskiego. W związku z faktem, iż lekarz ubezpieczenia zdrowotnego proponujący w skierowaniu pobyt w danym uzdrowsku często nie posiada pełnej wiedzy co do ilości, profilowości i dostępności miejsc udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwa uzdrowskiego na terenie kraju, ewentualne późniejsze rozbieżności między zaproponowanym miejscem leczenia albo rehabilitacji a miejscem przyznanym przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, często rodzą niezadowolenie pacjentów, przekonanych o pobycie w uzdrowsku określonym przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Mając na uwadze, że sytuacje takie często powodują rezygnację świadczeniobiorcy z przyznanego świadczenia lub też ponawianie skierowań celem uzyskania pożądanego miejsca realizacji świadczeń, wprowadzenie proponowanej zmiany należy uznać za zasadne. Niezależnie od zmiany w postaci usunięcia omawianego ust. 4 z treści normatywnej rozporządzenia, zmianie w przedstawionym zakresie ulega również załącznik do rozporządzenia – z aktualnie obowiązującego wzoru skierowania usuwa się pozycję „IV. Wskazanie proponowanego miejsca i rodzaju leczenia uzdrowskiego/rehabilitacji uzdrowskowej”, przenosząc pozycje, w których następuje oznaczenie rodzaju uzdrowska i rodzaju świadczenia do nowej pozycji IV, w której lekarz specjalista Narodowego Funduszu Zdrowia dokonywał będzie oceny zasadności skierowania.
- 3) w § 2 w ust. 6 wprowadza się obowiązek przekazania skierowania do oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie 30 dni od dnia jego wystawienia, pod rygorem utraty ważności skierowania. Powyższe rozwiązanie ma na celu z jednej strony ujednoczenie trybu obsługi skierowań m.in. względem skierowań na rehabilitację leczniczą, które także zachowują ważność przez okres 30 dni od dnia wystawienia. W ocenie Ministra Zdrowia, brak terminu ważności skierowania, powodujący jego funkcjonowanie przez nieokreśloną długość czasu, jest sytuacją wysoce niepożądaną. W szczególności należy zauważyć, że skierowanie takie może być przekazane do oceny oddziałowi Narodowego Funduszu Zdrowia w dowolnym momencie od dnia jego wystawienia, często rodząc sytuację, w której lekarz specjalista NFZ dokonuje oceny skierowania, nieodzwierciedlającego faktycznego stanu zdrowia pacjenta kierowanego do uzdrowska. Sytuacja taka często następuje w przypadku zwłoki świadczeniobiorcy w przekazaniu skierowania do oddziału, w czasie której dochodzi do niejednokrotnie poważnych zmian w stanie zdrowia pacjenta. W konsekwencji, lekarz NFZ oceniając skierowanie działa na podstawie niepełnych informacji na temat stanu zdrowia świadczeniobiorcy, co w przypadku potwierdzenia

skierowania i wyjazdu pacjenta do uzdrowiska, może skutkować odmową leczenia albo rehabilitacji na miejscu planowanej realizacji świadczeń.

2) w ramach § 7 (na podstawie § 1 pkt 2 rozporządzenia zmieniającego):

1. Skierowanie powinno być rozpatrzone przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 30 dni od dnia jego wpływu do tego oddziału. Termin ten może być przedłużony w przypadkach, o których mowa w § 3 ust. 3, nie więcej jednak niż o 14 dni.
2. Skierowanie wraz z aktualnymi wynikami badań oraz kartą informacyjną z leczenia szpitalnego, w przypadku gdy leczenie uzdrowiskowe jest kontynuacją leczenia szpitalnego, podlega weryfikacji co 18 miesięcy, licząc od dnia jego wystawienia.

3) ponadto, uchylone zostaje § 9 (na podstawie § 1 pkt 3 rozporządzenia zmieniającego), który stanowił, że:

1. W celu przeprowadzenia weryfikacji, o której mowa w § 7 ust. 2, oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia przesyła skierowanie świadczeniodawcy, który je wystawił.
2. W przypadku pozytywnej weryfikacji skierowania świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1, przesyła je do oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania.
3. W przypadku negatywnej weryfikacji skierowania świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1, zawiadamia o tym świadczeniobiorcę oraz oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, skierowanie podlega aprobacie przez lekarza specjalistę w trybie, o którym mowa w § 3 ust. 2 i 3, w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.
5. Zaaprobowane skierowanie zachowuje dotychczasowy numer na liście skierowań nadany zgodnie z § 3 ust. 1.
6. W przypadku odmowy aprobaty skierowania oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawiadamia o tym niezwłocznie świadczeniobiorcę.

W ramach uzasadnienia do projektu rozporządzenia zmieniającego, w odniesieniu do powyższych zmian (przedstawiony w punktach 2 i 3) wskazano, że:

- 4) modyfikacja treści rozporządzenia w postaci usunięcia w § 7 ust. 2 oraz § 9 ma na celu zniesienie obowiązku weryfikacji skierowań po upływie 18 miesięcy od dnia ich wystawienia. Wprowadzenie powyższych zmian postulowane jest m.in. przez środowisko lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i uzasadnione jest faktem przekroczenia w większości oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia 18 miesięcy czasu oczekiwania na leczenie sanatoryjne osób dorosłych, co rodzi konieczność dokonania weryfikacji znacznej większości skierowań oczekujących na potwierdzenie, często związanej z wizytą pacjenta u lekarza oraz skierowaniem na ponowne badania diagnostyczne. Mając na uwadze, że

w przypadku skierowań, wystawionych przez lekarzy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, czas oczekiwania często przekracza termin weryfikacji skierowania, w konsekwencji dochodzi do wydłużenia kolejki osób oczekujących do poradni. Z informacji przekazanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynika, że przeprowadzenie czasochłonnego i kosztownego procesu weryfikacji skierowań po 18 miesiącach od dnia ich wystawienia, nie daje gwarancji aktualności informacji o stanie zdrowia świadczeniobiorcy kierowanego do uzdrowiska. W praktyce, lekarze ubezpieczenia zdrowotnego zwykle odsyłają zweryfikowane skierowania, nie uwzględniając aktualnego stanu zdrowia pacjenta, a w szczególności powstałych od czasu wystawienia skierowania przeciwwskazań do leczenia uzdrowiskowego, co w konsekwencji może prowadzić do skierowania przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia do leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej pacjenta, posiadającego przeciwwskazania, uniemożliwiające realizację świadczeń. Pacjent taki, w przypadku stawienia się w uzdrowisku, po przeprowadzeniu badania wstępnego zostanie poinformowany o braku możliwości skorzystania ze świadczeń, co z jednej strony spotka się z niezadowolaniem świadczeniobiorcy, który ponosi koszty dojazdu do uzdrowiska i rezerwuje własny czas na pobyt, a z drugiej czyni proces leczenia nieskutecznym i rodzi koszty po stronie świadczeniodawców, rezerwujących pacjentowi miejsce na czas terapii. Należy również dodać, że proponowane zmiany zapewnią jednolitość w kontekście całości systemu realizacji świadczeń – w innych zakresach świadczeń gwarantowanych, skierowanie jest ważne tak długo, jak długo istnieją przesłanki wskazujące na potrzebę podjęcia działań diagnostycznych lub terapeutycznych. Ważność skierowania determinowana jest w takim przypadku czasem jego realizacji, np. w postaci określenia terminu przyjęcia pacjenta do szpitala lub na rehabilitację stacjonarną, skierowania takie nie są przy tym dodatkowo weryfikowane w trakcie czasu oczekiwania na realizację świadczenia.

Niezależnie od powyższego, jak informuje Narodowy Fundusz Zdrowia, liczba weryfikowanych skierowań na leczenie uzdrowiskowe w 2015 r. przekroczyła 268.000, a w 2016 r. – 291.000, natomiast w 2017 r. – 350.000. Wiąże się to z ponoszeniem przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia dodatkowych kosztów, związanych z wysyłką skierowań. Na korespondencję ze świadczeniodawcami w zakresie weryfikacji skierowań, oddziały wojewódzkie Funduszu wydały w roku 2015 szacunkowo ok. 1.397.000 zł, w roku 2016 – ok. 1.513.000 zł, natomiast w roku 2017 koszty wysyłki skierowań do weryfikacji wyniosły ok. 2.000.000 zł. Proponowana zmiana nie wpłynie więc negatywnie na system realizacji świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, jednocześnie zapewniając znaczne oszczędności środków publicznych.

5) zmianie ulega także załącznik do rozporządzenia z dnia 7 lipca 2011 r., stanowiący wzór skierowania na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitację uzdrowiskową (na podstawie § 1 pkt 4 rozporządzenia zmieniającego).

W powyższym zakresie, w ramach uzasadnienia do projektu rozporządzenia zmieniającego wskazano, że:

- 5) dokonano zmiany treści załącznika do rozporządzenia ws. kierowania, określającego wzór skierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową. Niezależnie od zmian, opisanych w pkt 2 uzasadnienia, dotyczących sposobu określania miejsca realizacji świadczenia i jego rodzaju, dokonano zmian w postaci zwiększenia miejsca na opis wyników wywiadu lekarskiego (dodano dodatkowy wiersz), usunięto obowiązek umieszczania na druku pieczętek świadczeniodawcy i lekarzy oraz osób upoważnionych na poszczególnych

polach druku, ograniczając wypełnienie formularza w tym zakresie do oznaczenia podmiotu i podpisów, a także, w pkt „III. Aktualne wyniki badań”, wskazano, że badanie RTG klatki piersiowej pacjenta wykonywane powinno być jedynie w przypadku stwierdzenia przez lekarza zaistnienia wskazań medycznych do jego wykonania oraz dodano pozycję, w której lekarz wystawiający skierowanie oznaczał będzie fakt przebycia przez świadczeniobiorcę leczenia onkologicznego w ciągu 5 lat przed wystawieniem skierowania.

Zmiany treści wzoru, polegające na zniesieniu obowiązku umieszczania w odpowiednich polach druku pieczętek świadczeniodawcy oraz osób uczestniczących w obsłudze skierowania, spowodowane jest realizacją przyjętej przez Radę Ministrów, na wniosek Ministra Przedsiębiorczości i Technologii, „Informacji dotyczącej deregulacji obowiązku stosowania pieczęci/pieczętek przez obywateli i przedsiębiorców”. Mając na uwadze, że w związku z realizacją ww. informacji, Minister Zdrowia zobowiązany został do podjęcia działań w zakresie deregulacji stosowania pieczęci i pieczętek m.in. w treści rozporządzenia ws. kierowania, wprowadzaną zmianę należy uznać za zasadną.

W kwestii wprowadzenia obowiązku realizacji badania RTG klatki piersiowej jedynie w przypadku stwierdzenia przez lekarza zaistnienia wskazań medycznych, należy zaznaczyć, że rozwiązanie takie stanowi realizację postulatu Podlaskiego Związku Lekarzy Pracodawców Porozumienie Zielonogórskie, którzy wystąpili z wnioskiem o zaprzestanie kierowania pacjentów na badania radiologiczne klatki piersiowej w związku z wystawianiem skierowań na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową, wskazując na szkodliwość napromieniowania przy wykonywaniu tego badania oraz znikomą przydatność diagnostyczną. Wnioskodawcy, w oparciu o przepisy ustawy - Prawo atomowe (Dz. U. z 2018 r. poz. 792) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. z 2017 r. poz. 884), wskazali na szkodliwe działanie promieniowania jonizującego, a tym samym na zasadność kierowania na badanie radiologiczne tylko w szczególnie uzasadnionych przypadkach, jak np. uraz klatki piersiowej, zapalenie płuc, wysiękowe zapalenie opłucnej itp. Wymaga podkreślenia, że zgodnie z treścią art. 33a ust. 2 ustawy - Prawo atomowe, stosowanie promieniowania jonizującego w celach medycznych wymaga uzasadnienia, opartego na przewadze oczekiwanych korzyści zdrowotnych dla pacjenta lub społeczeństwa, nad uszczerbkiem zdrowotnym, który ekspozycja ta może spowodować. Zasadność stanowiska Wnioskodawców potwierdził także Konsultant Krajowy w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej. Mając na uwadze, że kierowanie pacjentów na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową nie zawsze stanowi uzasadnienie dla ekspozycji pacjenta, w ocenie Ministra Zdrowia, zasadnym jest wskazanie w treści wzoru, że badanie należy wykonać wyłącznie w przypadku stwierdzenia istnienia wskazań medycznych do przeprowadzenia badania – stosowną informację zawarto w przypisie do pozycji dotyczącej badania RTG klatki piersiowej. Wprowadzona do treści załącznika do projektu zmiana, polegająca na umieszczeniu wiersza, w którym lekarz kierujący zobowiązany będzie określić fakt przebytego przez pacjenta w ciągu 5 lat poprzedzających wystawienie skierowania leczenia onkologicznego, podyktowana jest koniecznością przekazania do Narodowego Funduszu Zdrowia informacji, mających istotny wpływ na możliwość dokonania prawidłowej weryfikacji skierowania. Mając na uwadze, że wystąpienie okoliczności przebytego leczenia onkologicznego, stanowiącej często przeciwwskazanie do leczenia uzdrowiskowego i rehabilitacji uzdrowiskowej, zgodnie z treścią § 5 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. z 2012 r. poz. 14), jest czynnikiem możliwie dyskwalifikującym z tej formy leczenia nawet po upływie kilku lat od zaistnienia, zasadnym wydaje się być wyszczególnienie w przeprowadzanym wywiadzie lekarskim tej informacji na temat stanu zdrowia pacjenta.

6) Zgodnie z treścią § 2 rozporządzenia zmieniającego:

Skierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową wystawione przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia [przed 19 lipca 2019 r. – przyp. red. Serwisu] zachowują ważność. Do tych skierowań stosuje się § 2 ust. 6 rozporządzenia zmienianego w § 1, w brzmieniu dotychczasowym.

Pełen tekst rozporządzenia zmieniającego, dostępny jest na stronie internetowej organu wydającego Dziennik Ustaw, pod adresem:

<http://dziennikustaw.gov.pl/du/2019/1136/1> .

Pełen tekst rozporządzenia zmienianego (z dnia 7 lipca 2011 r.) – bez zmian wprowadzonych rozporządzeniem z dnia 4 czerwca 2019 r., dostępny jest na stronie Internetowego Systemu Aktów Prawnych, pod adresem:

<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20111420835> .

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

<https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12317502/12544178/dokument399263.docx> .

2. Zmiany w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia:

Zmiana zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką

Z dniem 1 lipca 2019 r. weszło w życie zarządzenie nr 75/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r., zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, zwane dalej **zarządzeniem zmieniającym**.

Jednocześnie wskazać w tym miejscu należy, że to samo zarządzenie zmieniające zostało zmodyfikowane zarządzeniem nr 85/2019/DSOZ z dnia 28 czerwca 2019 r. (które także wchodzi w życie w dniu 1 lipca 2019 r.). Zarządzenie nr 85/2019/DSOZ wprowadziło modyfikacje w załącznikach 1-3 do zarządzenia z dnia 27 czerwca 2019 r.

Pierwotnie opublikowane zarządzenie w powyższym przedmiocie nosi numer 13/2019/DSOZ (z dnia 6 lutego 2019 r.) i było ono dotychczas modyfikowane zarządzeniem numer 22/2019/DSOZ (z dnia 27 lutego 2019 r.).

Jak wskazano w uzasadnieniu do zarządzenia zmieniającego:

*Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem polegają na podwyższeniu wyceny punktowej świadczeń w związku z ponoszonymi przez świadczeniodawców rosnącymi kosztami, będącymi pochodną wzrostu ogólnych kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, których wyceny nie były podnoszone od kilku lat. **Nadano nowe brzmienie załącznikom: nr 1m, 1n i 1 r.***

Dokonano zmiany punktowej produktów rozliczeniowych określonych w załącznikach nr 1, 2 i 3 zgodnie z poniższym:

- **5% na świadczenia w zakresie leczenia dzieci dorosłych chorych ze śpiączką oraz na świadczenia w zakresach kardiologicznych,***
- **5% na zabiegi fizjoterapeutyczne – fizykoterapia,***
- **10% na zabiegi fizjoterapeutyczne – kinezyterapia,***
- **15% na poradę lekarską rehabilitacyjną oraz na wizytę fizjoterapeutyczną,***
- **10% na wszystkie pozostałe świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza.***

Zwiększenie wagi punktowej nie dotyczy rehabilitacji ogólnoustrojowej przewlekłej.

Wobec zmiany samego zarządzenia zmieniającego (na podstawie wspomnianego zarządzenia nr 85/2019/DSOZ) wskazać należy, że miała ona charakter korygujący błędy pisarskie w załącznikach nr 1, 2 i 3 do zarządzenia nr 75/2019/DSOZ.

Zgodnie z § 2 zarządzenia zmieniającego:

Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia [przed dniem 1 lipca 2019 r. – przyp. red. Serwisu], stosuje się przepisy zarządzenia, o którym mowa w § 1 [pierwotnego zarządzenia – nr 13/2019/DSOZ, zmodyfikowanego zarządzeniem nr 22/2019/DSOZ – przyp. red. Serwisu], w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia.

Pełen tekst zarządzenia zmieniającego (nr 75/2019/DSOZ), dostępny jest na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia, pod adresem:

<http://nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-752019dsoz,6950.html> .

Pełen tekst zarządzenia nr 85/2019/DSOZ, dostępny jest na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia, pod adresem:

<http://nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-852019dsoz,6961.html> .

Pełen tekst pierwotnego zarządzenia – nr 13/2019/DSOZ, dostępny jest na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia, pod adresem:

<http://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-132019dsoz,6878.html> .

Zarządzenie nr 22/2019/DSOZ, zmieniające pierwotne zarządzenie (nr 13/2019/DSOZ), dostępne jest na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia pod adresem:

<http://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-222019dsoz,6890.html> .

Zmiana zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne

Z dniem 1 lipca 2019 r. weszło w życie zarządzenie nr 76/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r., zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne, zwane dalej **zarządzeniem zmieniającym**.

Jednocześnie wskazać w tym miejscu należy, że to samo zarządzenie zmieniające zostało zmodyfikowane zarządzeniem nr 84/2019/DSOZ z dnia 28 czerwca 2019 r. (które także wchodzi w życie w dniu 1 lipca 2019 r.). Zarządzenie nr 84/2019/DSOZ uchyliło § 4 zarządzenia z dnia 27 czerwca 2019 r.

Pierwotnie opublikowane zarządzenie w powyższym przedmiocie nosi numer 47/2018/DSOZ (z dnia 7 czerwca 2018 r.) i było ono dotychczas modyfikowane zarządzeniem numer 81/2018/DSOZ (z dnia 14 sierpnia 2018 r.).

1. Na podstawie § 1 pkt 1 zarządzenia zmieniającego, następującej zmianie ulega § 12 ust. 3 pkt 1 zarządzenia nr 47/2018/DSOZ:

3. W przypadku świadczeń udzielonych:

- 1) dzieciom do ukończenia 18. roku życia w ramach zakresów: świadczenia ogólnostomatologiczne, oraz świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia, oraz świadczenia udzielane w dentobusie wprowadza się współczynnik korygujący wycenę punktową świadczenia, określoną w katalogu świadczeń stomatologicznych – ~~1,3~~ 1,5;

2. Na podstawie § 1 pkt 2 zarządzenia zmieniającego, uchyleniu ulega ponadto § 12 ust. 3 pkt 3 zarządzenia nr 47/2018/DSOZ, który stanowił, że:

3. W przypadku świadczeń udzielonych:

- ~~3) dzieciom do ukończenia 18. roku życia w ramach zakresów: świadczenia ogólnostomatologiczne, świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia oraz świadczenia udzielane w dentobusie wprowadza się współczynnik korygujący wycenę punktową świadczenia, określoną w katalogu świadczeń stomatologicznych – 1,3.~~

Jak wskazano w uzasadnieniu do zarządzenia zmieniającego:

Zarządzenie zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ma na celu poprawę dostępności do świadczeń udzielanych dzieciom w zakresach: świadczenia ogólnostomatologiczne, świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do 18 r.ż., świadczenia stomatologiczne wykonywane w dentobusie.

Wprowadzono zmianę polegającą na podwyższeniu współczynnika korygującego wycenę tych świadczeń do wartości 1,5.

Zgodnie z § 2 zarządzenia zmieniającego:

Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie zarządzenia [przed dniem 1 lipca 2019 r. – przyp. red. Serwisu], stosuje się przepisy zarządzenia, o którym mowa w § 1 [pierwotnego zarządzenia – nr 47/2018/DSOZ, zmodyfikowanego zarządzeniem nr 81/2018/DSOZ – przyp. red. Serwisu], w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia.

Wobec zmiany samego zarządzenia zmieniającego (na podstawie wspomnianego zarządzenia nr 84/2019/DSOZ) wskazać należy, że § 4 zarządzenia zmieniającego przewidywał, iż wprowadzane nim zmiany mają zastosowanie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych do dnia 1 lipca 2019 r. Uchylenie tego przepisu wyklucza zatem stosowanie zmian wprowadzonych zarządzeniem zmieniającym, do świadczeń udzielanych przed tą datą.

Pełen tekst zarządzenia zmieniającego (nr 76/2019/DSOZ), dostępny jest na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia, pod adresem:

<http://nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-762019dsoz,6951.html> .

Pełen tekst pierwotnego zarządzenia (nr 47/2018/DSOZ), dostępny jest na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia, pod adresem:

<http://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-472018dsoz,6765.html> .

Zarządzenie nr 81/2018/DSOZ, zmieniające pierwotne zarządzenie (nr 47/2018/DSOZ), dostępne jest na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia pod adresem:

<http://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-812018dsoz,6807.html> .

Pełen tekst zarządzenia nr 84/2019/DSOZ, dostępny jest na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia, pod adresem:

<http://nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-842019dsoz,6960.html> .

Zmiana zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Z dniem 1 lipca 2019 r. weszło w życie zarządzenie nr 82/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2019 r., zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, zwane dalej **zarządzeniem zmieniającym**.

Pierwotnie opublikowane zarządzenie w powyższym przedmiocie nosi numer 41/2018/DSOZ (z dnia 23 maja 2018 r.) i było ono dotychczas modyfikowane zarządzeniem numer 81/2018/DSOZ (z dnia 14 sierpnia 2018 r.).

Zarządzenie zmieniające wprowadza następujące zmiany w zarządzeniu pierwotnym (nr 41/2018/DSOZ):

- 1. Na podstawie § 1 pkt 4 zarządzenia zmieniającego, nowe brzmienie otrzymuje załącznik nr 1.**
- 2. Na podstawie § 1 pkt 1 zarządzenia zmieniającego, następującej zmianie ulega § 11 ust. 1:**
 - 1) *Świadczenia opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień realizowane w warunkach stacjonarnych, udzielane są w zakresach świadczeń, o których mowa w lp. 1-~~29~~ **28** załącznika nr 1 do zarządzenia.*
- 3. Na podstawie § 1 pkt 2 zarządzenia zmieniającego, następującej zmianie ulega § 12 ust. 1 pkt 1-3:**
 1. *Świadczenia opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień realizowane:*
 - 1) *w izbie przyjęć, udzielane są w zakresie świadczeń, o których mowa w l.p. ~~29~~ **30** załącznika nr 1 do zarządzenia;*
 - 2) *w warunkach dziennych (oddziału/osrodku dziennego) udzielane są w zakresach świadczeń wymienionych w lp. ~~30-38~~ **31-39** załącznika nr 1 do zarządzenia. W zakresach tych, świadczeniodawcy zapewniają realizację świadczeń, o których mowa w § 7 rozporządzenia;*
 - 3) *w warunkach ambulatoryjnych, udzielane są w zakresach świadczeń wymienionych w lp. ~~39-53~~ **40-53** załącznika nr 1 do zarządzenia. W zakresach tych, świadczeniodawcy zapewniają realizację świadczeń, o których mowa w § 8 rozporządzenia.*

4. Na podstawie § 1 pkt 3 zarządzenia zmieniającego, zmianie ulega § 15 w zakresie ust. 1 i 4:

1) zmiany obejmujące ust. 1, dotyczą punktów: 12, 26 oraz 29:

1. Przedstawiając świadczenia do rozliczenia, świadczeniodawca obowiązany jest do stosowania następujących zasad:

12) w przypadku jednej sesji psychoterapii, rozliczeniu podlega ~~każda godzina sesji, jednak nie więcej niż dwie godziny dziennie, a w przypadku terapii uzależnień, nie więcej niż trzy godziny dziennie. Sesja psychoterapii indywidualnej trwająca dłużej niż jedna godzina, jednakże krócej niż 2 godziny, sprawozdawana jest jako jedna sesja pełna godzina sesji. W przypadku sesji psychoterapii grupowej w terapii uzależnień, rozliczeniu podlegają dwie pełne godziny sesji;~~

26) w przypadku hospitalizacji świadczeniobiorcy w wieku poniżej 60 roku życia, któremu udzielane są świadczenia w zakresie świadczeń: świadczenia psychogeriatryczne, dopuszcza się indywidualne rozliczenie takich świadczeń. Wzór wniosku o wyrażenie zgody na indywidualne rozliczenie świadczeń określony jest w zarządzeniu, o którym mowa w pkt ~~25~~ **26**;

29) w sytuacji udzielania świadczeń w zakresie: świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, leczenie zaburzeń nerwicowych dla dzieci i młodzieży, świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich, świadczenia opiekuńczo – lecznicze psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, świadczenia pielęgnacyjno – opiekuńcze psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, **świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich;** świadczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w hostelu rozliczane produktem rozliczeniowym dla młodzieży – wartość punktowa tych świadczeń korygowana jest w rozliczeniu z zastosowaniem współczynnika o wartości ~~1,06~~ **1,2**.

2) w przypadku ust. 4, otrzymuje on brzmienie:

4. Dowodem udzielenia świadczenia objętego umową jest opis świadczenia w dokumentacji medycznej ~~świadczeniobiorcy i/lub w wykazie prowadzonych sesji lub w księdze przyjęć dziennych. Wykaz prowadzonych sesji winien zawierać: datę, rodzaj psychoterapii, temat oraz czas trwania sesji, a także wykaz osób uczestniczących oraz imię i nazwisko prowadzącego psychoterapię~~ **indywidualnej oraz zbiorczej.**

Jak wskazano w uzasadnieniu do zarządzenia zmieniającego:

W treści zarządzenia **dokonano zmian numeracji poszczególnych warunków udzielania świadczeń zgodnie z numeracją określoną w załączniku wprowadzonym niniejszym zarządzeniem.**

Dostosowano warunki rozliczania czasu trwania sesji psychoterapii oraz psychoterapii grupowej w terapii leczenia uzależnień do przepisów określonych w załączniku nr 6 i 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. poz. 1386, z późn. zm.). Przy czym wskazano, iż **w przypadku sesji psychoterapii grupowej w terapii uzależnień, rozliczeniu podlegają dwie pełne godziny sesji.**

W § 15 ust. 26 zarządzenia dokonano korekty błędu pisarskiego w zakresie odesłania do przepisu.

Zwiększono wartość wagi punktowej świadczeń określonych w załączniku nr 1 zarządzenia nr 41/2018/DSOZ, jak również podniesiono wskaźnik korygujący na poszczególne świadczenia dla dzieci i młodzieży w tym świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich do wysokości 1,2.

Zgodnie z § 2 zarządzenia zmieniającego:

Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie zarządzenia [przed dniem 1 lipca 2019 r. – przyp. red. Serwisu], stosuje się przepisy zarządzenia, o którym mowa w § 1 [pierwotnego zarządzenia – nr 41/2018/DSOZ, zmodyfikowanego zarządzeniem nr 81/2018/DSOZ – przyp. red. Serwisu], w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia.

Z § 4 zarządzenia zmieniającego wynika natomiast, iż wprowadzane nim zmiany mają zastosowanie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych do dnia 1 lipca 2019 r.

Pełen tekst zarządzenia zmieniającego (nr 82/2019/DSOZ), dostępny jest na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia, pod adresem:

<http://nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-822019dsoz,6957.html> .

Pełen tekst pierwotnego zarządzenia (nr 41/2018/DSOZ), dostępny jest na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia, pod adresem:

<http://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-412018dsoz,6757.html> .

Zarządzenie nr 81/2018/DSOZ, zmieniające pierwotne zarządzenie (nr 47/2018/DSOZ), dostępne jest na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia pod adresem:

<http://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-812018dsoz,6807.html> .

Zmiana zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie

Z dniem 1 lipca 2019 r. weszła w życie przeważająca część zarządzenia nr 83/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2019 r., zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, zwanego dalej **zarządzeniem zmieniającym**. W przypadku wybranych przepisów zarządzenia, weszły one w życie w dniu 3 lipca 2019 r.

Pierwotnie opublikowane zarządzenie w powyższym przedmiocie nosi numer 45/2019/DSOZ (z dnia 11 kwietnia 2019 r.).

Zarządzenie zmieniające wprowadza następujące zmiany w zarządzeniu pierwotnym (nr 45/2019/DSOZ):

1. Na podstawie § 1 pkt 1 zarządzenia zmieniającego, następującej zmianie ulega § 2 ust. 1 pkt 15, zawierający definicję *zrealizowania schematu opieki*:

15) zrealizowanie schematu opieki – przeprowadzenie diagnostyki określonej przepisami rozporządzenia o opiece okołoporodowej ~~lub rozporządzenia o opiece w ciąży patologicznej~~, przy zapewnieniu osobie prowadzącej ciążę co najmniej dostępu do wyników tych badań i korzystania z nich przy monitorowaniu przebiegu ciąży;

2. Na podstawie § 1 pkt 2 zarządzenia zmieniającego, w § 11 dodaje się kolejny ustęp (16):

16. W przypadku rozliczania produktu 5.10.00.0000157 koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, świadczeniodawca obowiązany jest do uzyskania oświadczenia przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia. Oświadczenie dołącza się do historii choroby.

3. Na podstawie § 1 pkt 3 i 4 zarządzenia zmieniającego, następującej zmianie ulegają załączniki do zarządzenia nr 45/2019/DSOZ:

3) załącznik nr 1 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia;

4) w załączniku nr 3 do zarządzenia w części trzeciej TERAPIA HIPERBARYCZNA wiersz 3.1 WARUNKI WYMAGANE otrzymuje brzmienie:

3.1 WARUNKI WYMAGANE	<i>Dla świadczenia 5.10.00.0000151 - załącznik nr 4 do rozporządzenia szpitalnego Lp. 17; Dla świadczenia 5.10.00.0000152 - załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 14</i>
-----------------------------	---

4. Na podstawie § 1 pkt 5 zarządzenia zmieniającego, dodaje się załącznik nr 15 do zarządzenia nr 45/2019/DSOZ, w brzmieniu określonym w załączniku nr 2 do zarządzenia zmieniającego.

Jak wskazano w uzasadnieniu do zarządzenia zmieniającego:

W niniejszym zarządzeniu zmieniającym zarządzenie Nr 45/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 kwietnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, dokonano zmian w zakresie katalogu zakresów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (załącznik nr 1 do zarządzenia), w warunkach realizacji umów w zakresie terapii hiperbarycznej (załącznik nr 3 do zarządzenia) oraz dodano załącznik (załącznik nr 15 do zarządzenia) określający wzór oświadczenia przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego pacjenta małoletniego lub posiadającego orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Zmiany polegają na skorygowaniu wycen punktowych świadczeń w związku ponoszonymi przez świadczeniodawców rosnącymi kosztami, będącymi pochodną wzrostu ogólnych kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (których wyceny nie były podnoszone od kilku lat), oraz w szczególności zwiększającymi się kosztami wynagrodzeń personelu.

Zmiany są spójne ze zmianami wprowadzonymi w innych rodzajach świadczeń, wobec czego wyceny świadczeń wzrosły o 3 %, z wyjątkiem wycen świadczeń rehabilitacyjnych, które wzrosły o 10 %.

Dodano też nowy produkt rozliczeniowy 5.10.00.0000157 Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, w celu częściowej refundacji kosztów pobytu opiekuna w szpitalu, określając jednocześnie w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia wzór oświadczenia.

Jest to realizacja praw wynikających z art. 34 ust. 4 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Jednocześnie do zarządzenia dodano załącznik nr 2 (załącznik nr 15 do zarządzenia) będący oświadczeniem, które jest niezbędne do rozliczenia ww. produktu.

Ponadto uwzględniono w zarządzeniu nową taryfę świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego – oksygenacja hiperbaryczna. Zmiana ta polega na zastąpieniu dotychczasowego produktu rozliczeniowego „terapia hiperbaryczna (1 sprężenie u jednego chorego)” w zakresie świadczeń „terapia hiperbaryczna” dwoma nowymi produktami rozliczeniowymi:

- „Terapia hiperbaryczna (1 sprężenie u 1 pacjenta) – z zapewnieniem 24h dostępności”,
- „Terapia hiperbaryczna (1 sprężenie u 1 pacjenta) – bez zapewnienia 24h dostępności”.

Struktura i wyceny nowoutworzonych produktów rozliczeniowych odpowiadają ww. taryfie świadczeń, przy czym dokonano zmian zarówno w zakresie katalogu zakresów świadczeń (załącznik nr 1 do zarządzenia) jak też w warunkach realizacji umów w zakresie terapii hiperbarycznej (załącznik nr 3 do zarządzenia).

Pozostałe zmiany mają charakter porządkowy i legislacyjny.

Zgodnie z § 2 zarządzenia zmieniającego:

Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie zarządzenia [przed dniem 1 lipca 2019 r. – przyp. red. Serwisu], stosuje się przepisy zarządzenia, o którym mowa w § 1 [pierwotnego zarządzenia – nr 45/2019/DSOZ – przyp. red. Serwisu], w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia.

Pełen tekst zarządzenia zmieniającego (nr 83/2019/DSOZ), dostępny jest na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia, pod adresem:

<http://nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-832019dsoz,6959.html> .

Pełen tekst pierwotnego zarządzenia (nr 45/2019/DSOZ), dostępny jest na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia, pod adresem:

<http://nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-452019dsoz,6912.html> .

Zmiana zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”

Z dniem 1 lipca 2019 r. weszła w życie przeważająca część zarządzenia nr 87/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2019 r., zmieniającego zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, zwanego dalej **zarządzeniem zmieniającym**. W przypadku wybranych przepisów zarządzenia, weszły one w życie w dniu 3 lipca 2019 r.

Pierwotnie opublikowane zarządzenie w powyższym przedmiocie nosi numer 49/2019/DSOZ (z dnia 6 maja 2019 r.).

Zarządzenie zmieniające wprowadza następujące zmiany w zarządzeniu pierwotnym (nr 49/2019/DSOZ):

1. Na podstawie § 1 pkt 1 zarządzenia zmieniającego, następującej zmianie ulega § 2 pkt 24, zawierający definicję zrealizowania schematu opieki:

24) *zrealizowanie schematu opieki – przeprowadzenie diagnostyki określonej przepisami rozporządzenia o opiece okołoporodowej ~~lub rozporządzenia o opiece w ciąży patologicznej~~, przy zapewnieniu osobie prowadzącej ciążę co najmniej dostępu do wyników tych badań i korzystania z nich przy monitorowaniu przebiegu ciąży;*

2. Na podstawie § 1 pkt 2 zarządzenia zmieniającego, w § 10, po pkt 2 dodaje się pkt 3 (§ 10 przytoczony został w całości):

§ 10. Świadczeniodawca realizujący świadczenia w zakresie KOC II/III:

- 1) *stosuje formularze „Informacja dla kobiety objętej koordynowaną opieką nad kobietą w ciąży (KOC II/III)” oraz „Ankieta satysfakcji”, których wzory określone są odpowiednio w załącznikach nr 5 i 7 do zarządzenia;*
- 2) *w sytuacji rozliczania świadczeń związanych z żywieniem dojelitowym, żywieniem pozajelitowym, finansowanych w ramach produktów określonych w załączniku nr 1b do zarządzenia, obowiązany jest do prowadzenia dokumentacji dodatkowej, zgodnie ze wzorami określonymi odpowiednio w załącznikach nr 6a-6d do zarządzenia. Dokumentację związaną z leczeniem żywieniowym załącza się do historii choroby;*
- 3) *w sytuacji rozliczania produktu: 5.10.00.0000157 (Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności) z Katalogu produktów dodatkowych do sumowania w KOC II/III, określonego w załączniku nr 1b do zarządzenia, świadczeniodawca obowiązany jest do dołączenia do historii choroby podpisanego oświadczenia, którego wzór określony jest w załączniku nr 13 do zarządzenia.*

3. Na podstawie § 1 pkt 3-7 zarządzenia zmieniającego, następującej zmianie ulegają załączniki do zarządzenia nr 49/2019/DSOZ:

- 3) załącznik nr 1a do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia;
 4) w załączniku nr 1b do zarządzenia po lp. 34 dodaje się lp. 35 w brzmieniu:

35	5.10.00.0000157	Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.	<p>15</p> <p>- za osobodzeń, - do rozliczenia niezbędne oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta małoletniego lub posiadającego orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, - bezwzględne przekazanie kodu uprawnienia w przypadku pacjenta posiadającego orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, - dedykowany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.</p>	z odpowiednim ryczałtem KOC II/III wymienionym w zał. 1a lub z produktami dedykowanymi neonatologii wymienionymi w zał. 1a
----	-----------------	--	--	--

- 5) załącznik nr 1c do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia;
 6) załącznik nr 1d do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 3 do niniejszego zarządzenia;
 7) załącznik nr 4c do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 4 do niniejszego zarządzenia;

4. Na podstawie § 1 pkt 8 zarządzenia zmieniającego, dodaje się załącznik nr 13 do zarządzenia nr 49/2019/DSOZ, w brzmieniu określonym w załączniku nr 5 do zarządzenia zmieniającego.

Jak wskazano w uzasadnieniu do zarządzenia zmieniającego:

Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem zmieniającym zarządzenie Nr 49/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 maja 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” polegają na skorygowaniu wyceny punktowej świadczeń w związku z ponoszonymi przez świadczeniodawców rosnącymi kosztami, będącymi pochodną wzrostu ogólnych kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a niniejsza nowelizacja zarządzenia jest symetryczna z dokonaną modyfikacją wartości świadczeń w pozostałych rodzajach świadczeń.

Ponadto w załączniku nr 1b zgodnie z zaleceniem i wytycznymi Ministra Zdrowia, w oparciu o przepisy art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wprowadzono nowy produkt rozliczeniowy o nazwie - koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, w celu częściowej refundacji kosztów pobytu opiekuna.

W świetle powyższego dokonano również stosownych modyfikacji w treści normatywnej niniejszego zarządzenia oraz dodano nowy załącznik do zarządzenia stanowiący wzór oświadczenia przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego.

Dodatkowo w załączniku nr 1c oraz 1d wprowadzono produkty statystyczne sprawozdawane w sytuacji zakończenia opieki DOK oraz KO-CZR, w celu umożliwienia świadczeniodawcom wykazania od kiedy dziecko nie jest już objęte opieką w ramach wskazanych zakresów świadczeń.

Ponadto w załączniku nr 4c wskazano, iż sprawowana opieka KO-CZR wymaga podjęcia decyzji przez lekarza prowadzącego w porozumieniu z zespołem specjalistycznym o kontynuacji lub zakończeniu opieki KO-CZR, nie później niż po każdym roku. Ponadto umożliwiono przeprowadzenie obserwacji medycznej w przypadku podejrzenia występowania całościowych zaburzeń rozwoju, poprzez rozliczenie do 3 produktów: KO-CZR - porada diagnostyczna i maksymalnie 1 produktu: KO-CZR - konsultacje specjalistyczne lub KO-CZR porada kompleksowo – konsultacyjna.

Zgodnie z § 2 zarządzenia zmieniającego:

Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie zarządzenia [przed dniem 1 lipca 2019 r. – przyp. red. Serwisu], stosuje się przepisy zarządzenia, o którym mowa w § 1 [pierwotnego zarządzenia – nr 49/2019/DSOZ – przyp. red. Serwisu], w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia.

Pełen tekst zarządzenia zmieniającego (nr 87/2019/DSOZ), dostępny jest na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia, pod adresem:

<http://nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-872019dsoz,6964.html> .

Pełen tekst pierwotnego zarządzenia (nr 49/2019/DSOZ), dostępny jest na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia, pod adresem:

<http://nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-492019dsoz,6920.html> .

2. NOWE AKTY PRAWNE:

1) Nowe akty prawa powszechnie obowiązującego:

Brak nowych aktów prawa powszechnie obowiązującego we wskazanym okresie czasu.

2) Nowe zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia:

Nowe zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne

W dniu 28 czerwca 2019 r. opublikowane zostało zarządzenie Nr 86/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2019 r., w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne – zwane dalej **nowym zarządzeniem**. Zarządzenie to uchyla obowiązujące dotychczas zarządzenie w tym samym przedmiocie – nr 78/2018/DSOZ z dnia 7 sierpnia 2018 r. (§ 17).

Przedmiotowe zarządzenie **weszło w życie w dniu 29 czerwca 2019 roku (§ 19)**, przy czym zgodnie z § 18 ust. 1: **Przepisy zarządzenia mają zastosowanie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 lipca 2019 r.** Jak natomiast stanowi § 18 ust. 2: *Do świadczeń udzielanych przed dniem 1 lipca 2019 r. stosuje się przepisy dotychczasowe* [a więc zarządzenia nr 78/2018/DSOZ – przyp. red. Serwisu].

Zgodnie z § 1 nowego zarządzenia, określa ono:

- 1) *przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;*
- 2) *szczegółowe warunki umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*
– *w rodzaju programy zdrowotne - w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne.*

Jak wskazano w uzasadnieniu do nowego zarządzenia:

Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem, w porównaniu do zarządzenia dotychczas obowiązującego, polegają na podwyższeniu wyceny punktowej świadczeń w związku z ponoszonymi przez świadczeniodawców rosnącymi kosztami, będącymi pochodną wzrostu ogólnych kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto, wycenę procedur: „kolposkopia” oraz „kolposkopia z celowanym pobraniem wycinków i badaniem histopatologicznym” w ramach etapu pogłębionej diagnostyki programu profilaktyki raka szyjki macicy podniesiono do poziomu finansowania analogicznych procedur w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

Z uwagi na fakt, że wprowadzenie powyższych modyfikacji wiązałoby się z wydaniem kolejnego zarządzenia zmieniającego, dla zwiększenia czytelności i przejrzystości przepisów regulujących zawieranie i realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne zdecydowano się na wprowadzenie nowej regulacji.

Zgodnie z § 14 i 15 nowego zarządzenia:

§ 14. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne, zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, zachowują ważność przez okres, na jaki zostały zawarte i mogą być zmieniane.

§ 15. Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie zarządzenia, stosuje się przepisy

dotychczasowe, z tym że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne zawiera się zgodnie ze wzorem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonym w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia.

Pełen tekst nowego zarządzenia wraz z załącznikami, dostępny jest na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia, pod adresem:

<http://nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-862019dsoz,6963.html> .

Nowe zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna

W dniu 28 czerwca 2019 r. opublikowane zostało zarządzenie Nr 88/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2019 r., w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – zwane dalej **nowym zarządzeniem**. Zarządzenie to uchyla obowiązujące dotychczas zarządzenie w tym samym przedmiocie – nr 22/2018/DSOZ z dnia 14 marca 2018 r. (§ 22).

Przedmiotowe zarządzenie **weszło w życie w dniu 29 czerwca 2019 roku (§ 19)**, przy czym zgodnie z § 21 ust. 1: **Przepisy zarządzenia mają zastosowanie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 lipca 2019 r.** Jak natomiast stanowi § 21 ust. 2: **Do świadczeń udzielanych przed dniem 1 lipca 2019 r. stosuje się przepisy dotychczasowe** [a więc zarządzenia nr 22/2018/DSOZ – przyp. red. Serwisu].

Zgodnie z § 1 nowego zarządzenia, określa ono:

- 1) *przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;*
- 2) *szczegółowe warunki umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*
– *w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.*

Jak wskazano w uzasadnieniu do nowego zarządzenia:

Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem **polegają na podwyższeniu wyceny punktowej świadczeń w związku z ponoszonymi przez świadczeniodawców rosnącymi kosztami, będącymi pochodną wzrostu ogólnych kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.**

Ponadto **do części normatywnej niniejszego zarządzenia, zgodnie z zaleceniem Ministra Zdrowia, wprowadzono przepisy mówiące o bezlimitowości przy rozliczaniu cytologii przesiewowej, a także TK i RM, które to przepisy wcześniej znajdowały się jedynie w treści umów zawieranych ze świadczeniodawcami.**

Z uwagi na fakt, że wprowadzenie powyższych modyfikacji wiązałoby się z wydaniem kolejnego już zarządzenia zmieniającego, dla zwiększenia czytelności i przejrzystości przepisów regulujących zawieranie i realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, niniejszą regulację wprowadza się nowym zarządzeniem.

Zgodnie z § 14 i 15 nowego zarządzenia:

- § 18. *Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna zawarte na podstawie przepisów, o których mowa § 22, przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia zachowują ważność na czas na jaki zostały zawarte i mogą być zmieniane.*
- § 19. *Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, stosuje się przepisy dotychczasowe, z tym że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju*

ambulatoryjna opieka specjalistyczna zawiera się zgodnie ze wzorami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonymi w załącznikach nr 2a-2c do niniejszego zarządzenia.

Pełen tekst nowego zarządzenia wraz z załącznikami, dostępny jest na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia, pod adresem:

<http://nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-882019dsoz,6966.html> .

3. TERMINARZ LEKARZA:

Poniższe zestawienie przedstawia najistotniejsze – w ocenie sporządzającego – obowiązki lekarza, o których należy pamiętać w okresie **od dnia 5 lipca 2019 roku do dnia 2 sierpnia 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 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</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>imiennym raporcie miesięcznym zadeklarowały do podstawy wymiaru składek:</p> <p>1) na ubezpieczenia społeczne – kwotę w wysokości najniższej podstawy wymiaru składek dla osób prowadzących pozarolniczą działalność, obowiązującej je i osoby z nimi współpracujące;</p> <p>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> <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>	
do dnia 15 lipca 2019 r.	<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>	art. 106i ustawy z dnia 11 marca 1994 r. o podatku od towarów i usług
	<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>	art. 6 ust. 9 pkt 3 ustawy z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych

	<p>W przypadku gdy kwota podatku nie przekracza 100 zł, podatek jest płatny jednorazowo w terminie płatności pierwszej raty – tj. do 15 marca.</p>	
	<p>wpłata należności z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, FP, FGŚP oraz przesłanie deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA, imiennych raportów miesięcznych ZUS RCA, ZUS RZA składanych przez płatników niebędących jednostkami budżetowymi ani osobami fizycznymi opłacającymi składkę wyłącznie za siebie</p> <p>Płatnik składek niebędący jednostkami budżetowymi i samorządowymi zakładów budżetowych ani osobami fizycznymi opłacającymi składkę wyłącznie za siebie przesyła deklarację rozliczeniową (ZUS DRA), imienne raporty miesięczne (ZUS RCA, ZUS RZA) oraz opłaca składki za dany miesiąc, nie później niż do 15 dnia następnego miesiąca.</p>	<p>art. 47 ust. 1 pkt 3, ust. 4–4c ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych</p>
	<p>zamknięcie i otwarcie ksiąg rachunkowych</p> <p>Ostateczne zamknięcie i otwarcie ksiąg rachunkowych jednostki kontynuującej działalność powinno nastąpić najpóźniej w ciągu 15 dni od dnia zatwierdzenia sprawozdania finansowego za rok obrotowy.</p>	<p>art. 12 ust. 4 ustawy z dnia 29.09.1994 r. o rachunkowości</p>
	<p>Złożenie sprawozdań do Krajowego Rejestru Sądowego</p> <p>Kierownik jednostki kontynuującej działalność składa we właściwym rejestrze sądowym (tj. w Krajowym Rejestrze Sądowym) roczne sprawozdanie finansowe, sprawozdanie z badania, jeżeli podlegało ono badaniu, odpis uchwały bądź postanowienia organu zatwierdzającego o zatwierdzeniu rocznego sprawozdania finansowego i podziale zysku lub pokryciu straty.</p> <p>W przypadku jednostek, o których mowa w art. 49 ust. 1 u.o.r. (spółek kapitałowych, spółek komandytowo-akcyjnych, товариств ubezpieczeń wzajemnych, товариств reasekuracji wzajemnej, spółdzielni, przedsiębiorstw państwowych, a także tych spółek jawnych i komandytowych, których wszystkimi wspólnikami ponoszącymi nieograniczoną odpowiedzialność są spółki kapitałowe, spółki komandytowo-akcyjne lub spółki z innych państw o podobnej do tych spółek formie prawnej, oraz w przypadku specjalistycznych funduszy inwestycyjnych otwartych, funduszy inwestycyjnych zamkniętych oraz alternatywnych spółek inwestycyjnych) ponad powyższe Kierownik jednostki kontynuującej działalność składa</p>	<p>art. 69 i art. 53 ust. 1 ustawy z dnia 29.09.1994 r. o rachunkowości</p>

	<p>także sprawozdanie z działalności - w ciągu 15 dni od dnia zatwierdzenia rocznego sprawozdania finansowego.</p> <p>Jeżeli sprawozdanie finansowe nie zostało zatwierdzone w terminie określonym w art. 53 ust. 1 u.o.r., tj. w terminie 6 miesięcy od dnia bilansowego, to należy je złożyć w rejestrze sądowym w ciągu 15 dni po tym terminie, a także 15 dni po jego zatwierdzeniu.</p>	
	<p>Złożenie sprawozdania w Monitorze Sądowym i Gospodarczym</p> <p>Kierownik jednostki, o której mowa w art. 64, do której nie ma zastosowania art. 69 (tj. jednostki nieobjęte obowiązkiem składania sprawozdań finansowych w KRS) jest obowiązany złożyć wprowadzenie do sprawozdania finansowego stanowiące część informacji dodatkowej, bilans, rachunek zysków i strat, zestawienie zmian w kapitale (funduszu) własnym oraz rachunek przepływów pieniężnych za rok obrotowy, do ogłoszenia w ciągu 15 dni od dnia ich zatwierdzenia, wraz ze sprawozdaniem z badania oraz odpisem uchwały bądź postanowienia organu zatwierdzającego o zatwierdzeniu sprawozdania finansowego i podziale zysku lub pokryciu straty.</p> <p>Ogłoszenie następuje w "Monitorze Sądowym i Gospodarczym".</p>	<p>art. 70 i art. 53 ust. 1 ustawy z dnia 29.09.1994 r. o rachunkowości</p>
<p>do dnia 22 lipca 2019 r.*</p> <p>* termin ustawowy, tj. 20.07.2019 r. przypada na dzień wolny od pracy, wobec czego ulega on przesunięciu na najbliższy dzień roboczy, tj. 22.07.2019 r.</p>	<p>zaliczka na podatek dochodowy od pracowników zatrudnionych na umowę o pracę oraz z tytułu umów zlecenia i o dzieło za czerwiec</p> <p>Zakłady pracy (a zatem także i lekarze będący pracodawcą) są obowiązane przekazać kwoty pobranych zaliczek na podatek w terminie do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym pobrano zaliczki, na rachunek urzędu skarbowego, przy pomocy którego naczelnik urzędu skarbowego właściwy według miejsca zamieszkania płatnika wykonuje swoje zadania, a jeżeli płatnik nie jest osobą fizyczną, według siedziby bądź miejsca prowadzenia działalności, gdy płatnik nie posiada siedziby. Jeżeli między kwotą potrąconego podatku a kwotą wpłaconego podatku występuje różnica, należy ją wyjaśnić w rocznej deklaracji</p>	<p>art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych</p>
	<p>zaliczka na podatek dochodowy od osób fizycznych od dochodów osiągniętych z działalności gospodarczej oraz z umów najmu i dzierżawy w czerwcu</p> <p>Podatnicy osiągający dochody z pozarolniczej działalności gospodarczej oraz z najmu lub dzierżawy są obowiązani bez wezwania wpłacać w ciągu roku</p>	<p>art. 44 ust. 6 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych</p>

	<p>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>zaliczka na podatek dochodowy od dochodów zagranicznych oraz innych dochodów uzyskiwanych bez pośrednictwa płatnika w czerwcu</p> <p>Podatnicy uzyskujący dochody bez pośrednictwa płatników ze stosunku pracy z zagranicy, z emerytury 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>art. 44 ust. 3a ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych</p>
	<p>ryczałty ustawowe w zakresie podatku dochodowego od osób fizycznych za czerwiec</p> <p>Co do zasady, osoby fizyczne będące przedsiębiorcami (które wykonują działalność osobiście – np. na podstawie umowy zlecenia bądź kontraktu menadżerskiego), osoby prawne i jednostki organizacyjne niemające osobowości prawnej przekazują kwoty pobranych zaliczek na podatek oraz kwoty zryczałtowanego podatku w terminie do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym pobrano zaliczki (podatek) - na rachunek urzędu skarbowego, przy pomocy którego naczelnik urzędu skarbowego właściwy według miejsca zamieszkania płatnika wykonuje swoje zadania, a jeżeli płatnik nie jest osobą fizyczną, według siedziby bądź miejsca prowadzenia działalności, gdy płatnik nie posiada siedziby.</p>	<p>art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych</p>
	<p>zaliczka na podatek dochodowy od osób prawnych za czerwiec</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>Art. 25 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych</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>zaliczka na zryczałtowany podatek od przychodów osiąganych z tytułu najmu prywatnego</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) oraz art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne</p>
	<p>Ryczałty od przychodów ewidencjonowanych za czerwiec lub II kwartał</p> <p>Podatnicy 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 - przed upływem terminu określonego na złożenie zeznania.</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 – przed upływem terminu określonego na złożenie zeznania.</p>	<p>art. 21 ust. 1 i 1a ustawy z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne</p>
<p>do dnia 25 lipca 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</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>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>- 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 czerwiec (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>do dnia 31.07.2019 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>

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

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

Jak wskazano na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia¹:

Najważniejszą zmianą jest włączenie do refundacji dwóch leków dla chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytoowego. Darzalex (daratumumab) i Kyprolis (karfilzomib) będą dostępne dla pacjentów zakwalifikowanych do programu „Leczenie chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytoowego”.

Nową opcję terapeutyczną zyskają również pacjenci włączeni do programu „Leczenie niedrobnokomórkowego raka płuca” – refundacją został objęty lek Alecensa (alectinibum) w ramach pierwszej linii leczenia oraz po niepowodzeniu terapii kryzotynibem.

Na listę refundacyjną zostanie wpisany lek Blincyto (blinatumomab) w programie lekowym „Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną”. Ważna zmiana zaszła też w programie lekowym „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową” – polega ona na możliwości odstawienia nilotynibu u pacjentów, którzy uzyskali trwałą głęboką odpowiedź molekularną w czasie leczenia tym inhibitorem po wcześniejszym leczeniu imatynibem, a ponadto możliwe będzie zastosowanie trzeciego inhibitora kinazy tyrozynowej drugiej generacji (Bosulif) w przypadku nietolerancji wcześniejszego leczenia w programie dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej drugiej generacji.

Wraz z początkiem lipca na listę refundacyjną wchodzi również lek zawierający substancję czynną peginterferonum, który w określonych wskazaniach będzie dostępny dla pacjentów chorych na czerwienicę prawdziwą, chorych na nadpłytkowość samoistną, chorych na pierwotne i wtórne zwłóknienie szpiku oraz kobiet w ciąży z przewlekłą białaczką szpikową wymagających leczenia cytoredukcyjnego.

Lista refundacyjna w liczbach

Do nowego projektu obwieszczenia zostały dodane 63 produkty, w tym 46 produktów leczniczych w ramach listy aptecznej, 7 – w ramach katalogu chemioterapii, 9 – w ramach programów lekowych oraz 1 środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego w ramach listy aptecznej.

Dla 226 produktów leczniczych wprowadzono obniżki urzędowych cen od 2 gr do 3 265,92 zł, natomiast w przypadku 2 produktów leczniczych nastąpiło podwyższenie tych cen od 2,48 zł do 4,81 zł. Co warto podkreślić, dla 820 produktów leczniczych ceny detaliczne spadną.

¹ Komunikat dostępny pod adresem: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/najwazniejsze-zmiany-na-lipcowej-liscie-lekow-refundowanych> .

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

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

Zatwierdzono przez adwokata Michała Górskiego.

Serwis przygotowywany jest przez:

Kancelarię Adwokatów i Radców Prawnych P.J. Sowisło & Topolewski S.K.A., ul. Fabryczna 9,
61-524 Poznań

www.sowislo.com.pl

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