

SERWIS INFORMACJI PRAWNEJ
e-informator

Nr 22

[data publikacji: 19 lipca 2019 roku]

W ramach Serwisu przedstawione zostały zmiany w prawie wchodzące w życie w następującym okresie:	
19.07.2019 – 02.08.2019	w przypadku przepisów prawa powszechnie obowiązującego
05.07.2019 – 19.07.2019	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 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.....	3
Zmiana rozporządzenia w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową (dot. trybu obsługi skierowań).....	11
Zmiana rozporządzenia w sprawie warunków wynagradzania za pracę pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej.....	18
Uchylenie rozporządzenia w sprawie badań psychiatrycznych i psychologicznych osób ubiegających się lub posiadających prawo do wykonywania lub kierowania działalnością gospodarczą albo bezpośrednio zatrudnionych przy wytwarzaniu i obrocie materiałami wybuchowymi, bronią, amunicją oraz wyrobami o przeznaczeniu wojskowym lub policyjnym.....	20
Zmiana zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.....	22
Zmiana zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.....	24
2. NOWE AKTY PRAWNE:	27
Nowe rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.....	27
3. TERMINARZ LEKARZA:	29

1. ZMIANY W PRZEPISACH:

1. Zmiany w przepisach prawa powszechnie obowiązującego:

Zmiana ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

W dniu 1 sierpnia 2019 r. wchodzi w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2019 r., zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1335) – zwane dalej **rozporządzeniem zmieniającym**. Przedmiotowe rozporządzenie wprowadza zmiany w załączniku do rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w powyższym przedmiocie (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 1146 ze zm.).

Należy zwrócić uwagę na następujące zmiany wprowadzane rozporządzeniem zmieniającym (konkretne przepisy przytoczone zostały w całości, wraz z kolorystycznym oznaczeniem wprowadzonych w nich zmian):

1) po § 1 dodany został § 1am, zgodnie z którym (na podstawie § 1 pkt 1 rozporządzenia zmieniającego):

§ 1a. Fundusz nie może zobowiązywać świadczeniodawcy do używania pieczęci lub pieczętek, chyba że obowiązek taki wynika z przepisów prawa.

W ramach uzasadnienia do projektu rozporządzenia zmieniającego, w odniesieniu do powyższej zmiany wskazano, że:

(...) wprowadzenie w § 1a regulacji, zgodnie z którą NFZ nie będzie mógł zobowiązywać świadczeniodawcy do używania pieczęci lub pieczętek. Będzie to dopuszczalne, jeżeli obowiązek taki wynika z przepisów prawa. Propozycja ta wynika z przyjęcia przez Radę Ministrów w dniu 28 czerwca 2018 r. dokumentu pt. „Informacja dotycząca deregulacji obowiązku stosowania pieczęci/pieczętek przez obywateli i przedsiębiorców”. Dążenie do elektroniczacji i tym samym uproszczenia załatwiania spraw w urzędach jest jednym z priorytetów polityki państwa wyrażonych w Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju. Istotny element tego procesu stanowią zmiany wprowadzone ustawą z dnia 5 września 2016 r. o usługach zaufania i identyfikacji elektronicznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 162). Wymóg stosowania pieczęci imiennych lub firmowych stanowi zbędny formalizm. Dla skutecznego złożenia oświadczenia woli oraz dla skutecznej identyfikacji podmiotu, regulacje prawne nie wymagają stosowania pieczęci lub pieczętek;

2) w § 2, po ust. 3 dodaje się § 3a, zgodnie z którym (na podstawie § 1 pkt 2 lit. a rozporządzenia zmieniającego):

§ 3a. Prezes Funduszu w przypadku, o którym mowa w ust. 3 [dot. zasięgnięcia przez Prezesa Funduszu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców, przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy i szczegółowych warunków umów, uwzględniających zasady rozliczania świadczeń – przyp. red. Serwisu], zasięga także opinii

odpowiednio Krajowej Rady Fizjoterapeutów lub Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, jeżeli propozycje dotyczące przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy i szczegółowych warunków umów, uwzględniających zasady rozliczania świadczeń, dotyczą zakresu ich działania.

3) w § 2, ust. 4 otrzymuje następujące brzmienie (na podstawie § 1 pkt 2 lit. b rozporządzenia zmieniającego):

4. *Prezes Funduszu udostępnia propozycje dotyczące przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy i szczegółowych warunków umów, uwzględniających zasady rozliczania świadczeń, na stronie internetowej Funduszu i jednocześnie powiadamia ~~Naczelną Radę Lekarską, Naczelną Radę Pielęgniarek i Położonych oraz reprezentatywne organizacje świadczeniodawców w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy~~ podmioty, o których mowa w ust. 3 i 3a, o ich udostępnieniu - drogą pocztową, za pomocą telefaksu lub poczty elektronicznej.*

4) w § 11 ust. 4, po pkt 10 dodaje się pkt 10a, zgodnie z którym (na podstawie § 1 pkt 3 rozporządzenia zmieniającego):

4. *Świadczeniodawca jest obowiązany umieścić wewnątrz budynków siedziby i jednostek organizacyjnych informacje dotyczące: (...)*

*10a) adresu i numeru telefonu właściwej komórki wskazanej przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w której **świadczeniodawca** uzyska informację o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z tym oddziałem, średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia;*

Mając na uwadze cel powyższego przepisu uznać należy, że omyłkowo wskazano w nim na „świadczeniodawcę” (podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych), podczas gdy prawodawca musiał mieć na myśli „świadczeniobiorcę” (pacjenta), za czym przemawia możliwość uzyskania przedmiotowej informacji (przydatnej dla pacjenta) we wskazany w przepisie sposób. Potwierdza to także uzasadnienie projektu rozporządzenia zmieniającego, w którym wskazano, że przepis pozwala na to: (...) *aby pacjenci mogli w miarę szybko dowiedzieć się o czasie oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej u innego świadczeniodawcy.*

5) w § 12, w ust. 1 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje następujące brzmienie (na podstawie § 1 pkt 4 lit. a rozporządzenia zmieniającego):

1. *Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, kierując świadczeniobiorcę do ~~poradni specjalistycznej lub do leczenia szpitalnego~~ dalszego leczenia, dołącza do skierowania:*
- 1) *kopię wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, będące w jego posiadaniu, umożliwiające lekarzowi ubezpieczenia zdrowotnego lub felczerowi*

ubezpieczenia zdrowotnego kierującemu postawienie wstępnego rozpoznania stanowiącego przyczynę skierowania;

- 2) istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanym leczeniu.

W ramach uzasadnienia do projektu rozporządzenia zmieniającego, w odniesieniu do powyższej zmiany wskazano, że:

(...) oprócz zmian wynikających z wejścia w życie ustawy kontrolnej proponuje się w rozporządzeniu OWU: (...) zmianę § 12 ust. 1 tak, aby kopie wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, będące w posiadaniu lekarza kierującego, umożliwiające postawienie wstępnego rozpoznania stanowiącego przyczynę skierowania oraz istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanym leczeniu, były dołączane do każdego skierowania, a nie wyłącznie do skierowania do poradni specjalistycznej lub do leczenia szpitalnego. Powinno to przyczynić się do lepszego przepływu informacji o stanie zdrowia pacjenta oraz ułatwienia planowania dalszego leczenia. Zaproponowane rozwiązanie jest spójne z przepisem § 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069);

6) w § 12, ust. 4 oraz ust. 5 pkt 2 otrzymują następujące brzmienie (na podstawie § 1 pkt 4 lit. b i c rozporządzenia zmieniającego):

4. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący świadczeniobiorcę w poradni specjalistycznej jest obowiązany pisemnie informować kierującego świadczeniobiorcę lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego oraz lekarza, o którym mowa w art. ~~55 ust. 2a ustawy~~ 6 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 357 i 730) ^[1], o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania, oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.
5. Informację, o której mowa w ust. 4, lekarz jest obowiązany przekazać lekarzowi lub felczerowi, określonym w ust. 4, nie rzadziej niż co 12 miesięcy, w przypadku gdy:

^[1] Mowa o lekarzu (POZ), który:

- 1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej albo
- 2) odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, albo
- 3) posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, albo
- 4) posiada specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii,
- z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej albo który wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wybrany przez świadczeniobiorcę zgodnie z art. 9 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej.

Jest nim także lekarz (POZ):

- 1) posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej lub
- 2) posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych
- udzielający świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przed dniem 31 grudnia 2024 r., z zastrzeżeniem art. 14 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2017 r. poz. 1172).

- 1) świadczeniobiorca objęty leczeniem specjalistycznym wymaga okresowego monitorowania lub zmiany leczenia lub
- 2) kierujący lekarz ubezpieczenia zdrowotnego lub felczer ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarz, o którym mowa w art. ~~55 ust. 2a ustawy~~ 6 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, nie ma możliwości samodzielnego zweryfikowania zasadności ordynowanych, w ramach leczenia specjalistycznego, leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych.

W ramach uzasadnienia do projektu rozporządzenia zmieniającego, w odniesieniu do powyższej zmiany wskazano, że:

(...) oprócz zmian wynikających z wejścia w życie ustawy kontrolnej proponuje się w rozporządzeniu OWU: (...) zmianę § 12 ust. 4 oraz ust. 5 pkt 2 wynikającą z uchwalenia ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 357 i 730), która uchyliła art. 55 ustawy o świadczeniach, do którego odwołuje się obecny § 12 rozporządzenia OWU;

7) w § 28 ust 3, zdanie 1 otrzymuje następujące brzmienie (na podstawie § 1 pkt 5 rozporządzenia zmieniającego):

3. W przypadku ~~wyczerpania~~ zakończenia procedury, o której mowa w art. ~~64,~~ 61s, art. 61t, art. 61x albo art. 160 i art. 161 ustawy, oraz niedokonania zwrotu środków finansowych przez świadczeniodawcę, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu dokonuje potrącenia tych środków wraz z odsetkami ustawowymi z należności przysługującej świadczeniodawcy.

Powyższa zmiana wynika z uchylecia z dniem 1 czerwca 2019 r. art. 64 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 ze zm.), który dotyczył procedury kontroli świadczeniodawców, oraz wprowadzenia ww. przepisów, które odnoszą się do tej kwestii.

8) w § 29 ust. 4, zdanie 1 otrzymuje następujące brzmienie (na podstawie § 1 pkt 6 lit. a rozporządzenia zmieniającego):

4. ~~Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu określa każdorazowo, w wezwaniu do zapłaty,~~ W wezwaniu do zapłaty określa się każdorazowo wysokość kary umownej oraz termin zapłaty, który nie może być krótszy niż 14 dni od dnia otrzymania wezwania przez świadczeniodawcę.

Powyższa zmiana nosi charakter wyłącznie techniczny.

9) w § 29, po ust. 4 dodaje się ust. 4a w następującym brzmieniu (na podstawie § 1 pkt 6 lit. b rozporządzenia zmieniającego):

- 4a. W przypadku gdy obowiązek zapłaty kary umownej wynika z wystąpienia pokontrolnego sporządzonego w wyniku kontroli przeprowadzonej na podstawie art. 61a ust. 1 ustawy lub z czynności, o których mowa w art. 61x ustawy, dotyczących zakresu, o którym mowa

w art. 61a ust. 1 ustawy, należności z tego tytułu pobiera lub dochodzi Prezes Funduszu lub dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

W ramach uzasadnienia do projektu rozporządzenia zmieniającego, w odniesieniu do powyższej zmiany wskazano, że w związku z nadaniem Prezesowi NFZ uprawnienia do przeprowadzania kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz nakładania kar umownych (na podstawie przepisów ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw – Dz. U. z 2019 r. poz. 399):

(...) określa się sposób postępowania w przypadku konieczności zapłaty kary umownej (§ 29 ust. 4a) przez świadczeniodawcę wynikającej z wystąpienia pokontrolnego, sporządzonego w wyniku kontroli przeprowadzonej na podstawie art. 61a ust. 1 ustawy o świadczeniach, lub czynności, o których mowa w art. 61x ustawy o świadczeniach. Należności te mogą być pobierane i dochodzone również przez dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ, z uwagi na to, że dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ jest stroną umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

10) w § 29 ust. 6, zdanie 1 otrzymuje następujące brzmienie (na podstawie § 1 pkt 6 lit. c rozporządzenia zmieniającego):

6. W przypadku ~~wyczerpania~~ zakończenia procedury, o której mowa w art. ~~64~~, 61s, art. 61t, art. 61x albo art. 160 i art. 161 ustawy, oraz niedokonania wpłaty środków przez świadczeniodawcę, Prezes Funduszu lub dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu dokonuje potrącenia należności z tytułu kary umownej wraz z odsetkami ustawowymi z należności przysługującej świadczeniodawcy.

Powyższa zmiana wynika z uchylecia z dniem 1 czerwca 2019 r. art. 64 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 ze zm.), który dotyczył procedury kontroli świadczeniodawców, oraz wprowadzenia ww. przepisów, które odnoszą się do tej kwestii. Uprawnienie do potrącenia przysługuje także Prezesowi Funduszu.

11) w § 29 uchyla się ust. 8 (na podstawie § 1 pkt 6 lit. d rozporządzenia zmieniającego):

~~8. Przepisy ust. 2-7 stosuje się odpowiednio do kontroli prowadzonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 64 ustawy.~~

Powyższa zmiana wynika z uchylecia z dniem 1 czerwca 2019 r. art. 64 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 ze zm.), który dotyczył procedury kontroli świadczeniodawców.

12) w § 30 ust. 1 pkt 2, po lit. c dodaje się lit. d, w następującym brzmieniu (na podstawie § 1 pkt 7 lit. a rozporządzenia zmieniającego):

1. W przypadku zastrzeżenia w umowie kar umownych, w razie niewykonania lub wykonania umowy niezgodnie z jej postanowieniami, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, wysokość kary umownej wynosi: (...)

2) do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie, za każde stwierdzone naruszenie, w przypadku: (...)

d) przedstawienia przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Fundusz ustala stawkę ryczałtu systemu zabezpieczenia;

13) w § 30, ust. 4 otrzymuje następujące brzmienie (na podstawie § 1 pkt 7 lit. b rozporządzenia zmieniającego):

4. W przypadku umowy o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, z wyłączeniem umowy dotyczącej nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, albo umowy o zaopatrzenie w wyroby medyczne na zlecenie osoby uprawnionej oraz ich naprawy, o których mowa w art. 38 ustawy o refundacji, maksymalna kwota kary umownej odnosi się do kwoty wypłaconej świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w ~~okresach sprawozdawczych, których~~ okresie rozliczeniowym, którego dotyczyły stwierdzone naruszenia.

W ramach uzasadnienia do projektu rozporządzenia zmieniającego, w odniesieniu do powyższej zmiany wskazano, że:

(...) podstawą naliczenia maksymalnej kwoty kary umownej dla umów w zakresie dotyczącej podstawowej opieki zdrowotnej z (wyjątkiem umów dotyczących nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej) oraz umów o zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie, będzie kwota wypłaconej świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie rozliczeniowym, którego dotyczyły stwierdzone naruszenia, a nie jak jest to obecnie w okresach sprawozdawczych. Zmiana ta wynika z konieczności:

- a) równego traktowania podmiotów kontrolowanych - w odniesieniu do wszystkich pozostałych świadczeniodawców zgodnie z § 30 ust. 2 rozporządzenia OWU do naliczenia kary umownej bierze się pod uwagę okres rozliczeniowy,
- b) stworzenia możliwości wyliczenia i nałożenia kar umownych - pozwoli to na wyeliminowanie sytuacji, w których przy stwierdzeniu nieprawidłowości nie ma w danym okresie sprawozdawczym wpłaconych środków finansowych, a więc brak jest możliwości nałożenia kary umownej (przepis § 30 ust. 4 odnosi się bowiem do kwoty wypłaconej);

14) w rozdziale 4 „Kary umowne”, po § 31 dodaje się § 31a, w następującym brzmieniu (na podstawie § 1 pkt 8 rozporządzenia zmieniającego):

§ 31a. Oddział wojewódzki Funduszu prowadzi rejestr kar umownych nakładanych na świadczeniodawców.

15) w § 33a, dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 i dodaje się ust. 2 w następującym brzmieniu: (na podstawie § 1 pkt 9 rozporządzenia zmieniającego):

2. *W odniesieniu do świadczeń rozliczanych ryczałtem systemu zabezpieczenia dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu zawiadamia świadczeniodawcę, za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych, o których mowa w § 10 ust. 1, o ustalonej, zgodnie z przepisami ustawy oraz przepisami wydanymi na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 1 ustawy, wysokości ryczałtu systemu zabezpieczenia na dany okres rozliczeniowy oraz o danych, na podstawie których ustalono tą wysokość.*

W ramach uzasadnienia do projektu rozporządzenia zmieniającego, w odniesieniu do powyższej zmiany wskazano, że:

(...) Oddział wojewódzki NFZ przekazując informacje o kwocie ryczałtu będzie przedstawiał również dane, które przyjął do wyliczenia tej kwoty. Wprowadzenie tych regulacji ma na celu wykluczenie wątpliwości interpretacyjnych dotyczących formy wprowadzania do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej kwoty ryczałtu systemu zabezpieczenia oraz zapewnienie transparentności dokonywanych przez oddział wojewódzki NFZ wyliczeń kwoty ryczałtu.

16) po § 41, dodaje się § 41a, w następującym brzmieniu: (na podstawie § 1 pkt 10 rozporządzenia zmieniającego):

1. *Świadczeniodawca jest obowiązany do poinformowania w formie pisemnej dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu o osobach upoważnionych do reprezentowania świadczeniodawcy przed Funduszem, w tym w zakresie niezbędnym do realizacji zadań, o których mowa w dziale IIIA ustawy, najpóźniej w dniu podpisania umowy.*
2. *Zmiany dotyczące osób, o których mowa w ust. 1, wymagają zgłoszenia dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie, a w przypadku zmian, których nie można było wcześniej przewidzieć, w dniu ich zaistnienia.*

W ramach uzasadnienia do projektu rozporządzenia zmieniającego, w odniesieniu do powyższej zmiany wskazano, że:

(...) świadczeniodawca będzie obowiązany do poinformowania w formie pisemnej dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ o osobach upoważnionych do reprezentowania świadczeniodawcy przed NFZ, w tym w zakresie niezbędnym do realizacji zadań, o których mowa w dziale IIIA ustawy o świadczeniach, tj. działu regulującego zasady prowadzenia kontroli. Ze względu na cywilnoprawny charakter umowy – do składania ww. oświadczeń będą mieć zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.

Dodać w tym miejscu należy, iż zgodnie z § 2 rozporządzenia zmieniającego:

Świadczeniodawcy realizujący umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia wykonają obowiązek informacyjny, o którym mowa w § 41a ust. 1 załącznika do rozporządzenia zmienianego w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, w terminie 30 dni od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

Powyższy przepis nakłada zatem obowiązek pisemnego poinformowania Dyrektora właściwego Oddziału NFZ o osobach upoważnionych do reprezentowania świadczeniodawcy przed Funduszem, w tym w zakresie niezbędnym do realizacji zadań, o których mowa w dziale IIIA ustawy (dot. kontroli), w terminie do dnia 31 sierpnia 2019 r.

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

<http://dziennikustaw.gov.pl/du/2019/1335/1> .

Pełen tekst rozporządzenia zmienianego (z dnia 8 września 2015 r.) – bez zmian wprowadzonych rozporządzeniem z dnia 11 lipca 2019 r. oraz wcześniejszymi nowelizacjami, dostępny jest na stronie Internetowego Systemu Aktów Prawnych, pod adresem:

<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20160001146> .

Pełen tekst uzasadnienia do projektu rozporządzenia zmieniającego, dostępny jest na stronie Rządowego Centrum Legislacji, pod adresem (str. 5 i n.):

<https://legislacja.rcl.gov.pl/docs/516/12321783/12592721/dokument405924.docx> .

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

**Informacja nt. niniejszej zmiany uwzględniona została także w poprzednim (21.) numerze e-informatora prawnego.*

W dniu 19 lipca 2019 r. wchodzi 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) – zwane 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):

§ 1a. *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.*

§ 2a. *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.*

§ 3a. *Wzór skierowania określa załącznik do rozporządzenia.*

§ 4a. ~~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.~~

- § 5a. Lekarz wystawiający skierowanie jest obowiązany do prawidłowego i czytelnego wypełnienia skierowania.
- § 6a. 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 upłynęło 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, uchylony 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 (przedstawionych 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> .

Zmiana rozporządzenia w sprawie warunków wynagradzania za pracę pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej

W dniu 1 sierpnia 2019 r. wchodzi w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków wynagradzania za pracę pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1325) – zwanej dalej **rozporządzeniem zmieniającym**. Przedmiotowe rozporządzenie wprowadza zmianę w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2014 r. w powyższym przedmiocie (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 304 ze zm.), polegającą na nadaniu nowego brzmienia załącznikowi nr 1, zawierającemu tabelę miesięcznych stawek wynagrodzenia zasadniczego.

Zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 ze zm.), przez podmioty lecznicze działające w formie jednostki budżetowej należy m.in. rozumieć: *państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217 oraz z 2018 r. poz. 1000 i 1544).*

Podmioty te nie są samodzielными publicznymi zakładami opieki zdrowotnej.

Zgodnie z § 2 zarządzenia zmieniającego: **Miesięczne stawki wynagrodzenia zasadniczego określone w załączniku do niniejszego rozporządzenia mają zastosowanie do wynagrodzeń należnych od dnia 1 stycznia 2019 r.**

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

Nowelizacja rozporządzenia wprowadza zmianę miesięcznych stawek wynagrodzeń zasadniczych. Minimalne kwoty wynagrodzeń zasadniczych w kategoriach I – XXII wynoszą 1460 zł – 2520 zł, natomiast maksymalne kwoty wynagrodzeń zasadniczych wynoszą 2540 zł – 7320 zł. Oznacza to wzrost minimalnych stawek o około 2,3%, zaś maksymalnych stawek o około 24%. Działanie takie ma służyć realizacji zaplanowanego w art. 9 ust. 1 pkt 3a ustawy budżetowej na rok 2019 z dnia 16 stycznia 2019 r. (Dz. U. poz. 198), średniorocznego wskaźnika wzrostu wynagrodzeń dla pracowników sfery budżetowej, który wynosi 102,3%. Dodatkowo przepisy projektu rozporządzenia przewidują wzrost górnych pułapów miesięcznych stawek wynagrodzeń zasadniczych w taki sposób, aby ich wysokość uwzględniała wysokość minimalnego wynagrodzenia za pracę, które na mocy rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 września 2018 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej w 2019 r. (Dz. U. poz. 1794) w 2019 r. wynosi 2250 zł. Projektowane rozporządzenie uwzględnia również inne regulacje prawne w zakresie ustalania wysokości wynagrodzeń mających zastosowanie wobec pracowników podmiotów leczniczych, w szczególności chodzi o przepisy 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.).

Ponadto zmiana miesięcznych stawek wynagrodzeń zasadniczych pozwoli na realizację zadań wynikających z ustawy z dnia 15 grudnia 2016 r. o ustanowieniu „Programu Modernizacji Służby Więziennej w latach 2017 – 2020” (Dz. U. z 2019 r. poz. 614) zapewniającej wzrost wynagrodzeń pracowników Służby Więziennej zatrudnionych w podmiotach leczniczych więziennictwa w średniej miesięcznej wysokości 300 zł brutto na etat oraz porozumienia zawartego w dniu 19 listopada 2018 r. między Ministrem Sprawiedliwości a Niezależnym Samorządnym Związkiem Zawodowym Funkcjonariuszy i Pracowników Więziennictwa pozwalającego na wzrost wynagrodzeń w średniej miesięcznej wysokości 250 zł na etat.

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

<http://dziennikustaw.gov.pl/du/2019/1325/1> .

Pełen tekst rozporządzenia zmienianego (z dnia 17 lipca 2014 r.) – bez zmian wprowadzonych rozporządzeniem z dnia 28 czerwca 2019 r., dostępny jest na stronie Internetowego Systemu Aktów Prawnych, pod adresem:

<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170000304> .

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

<https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12321407/12579083/dokument403723.docx> .

Uchylenie rozporządzenia w sprawie badań psychiatrycznych i psychologicznych osób ubiegających się lub posiadających prawo do wykonywania lub kierowania działalnością gospodarczą albo bezpośrednio zatrudnionych przy wytwarzaniu i obrocie materiałami wybuchowymi, bronią, amunicją oraz wyrobami o przeznaczeniu wojskowym lub policyjnym

Z dniem 1 sierpnia 2019 r. uchyleniu ulega rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 sierpnia 2002 r. w sprawie badań psychiatrycznych i psychologicznych osób ubiegających się lub posiadających prawo do wykonywania lub kierowania działalnością gospodarczą albo bezpośrednio zatrudnionych przy wytwarzaniu i obrocie materiałami wybuchowymi, bronią, amunicją oraz wyrobami o przeznaczeniu wojskowym lub policyjnym (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r. poz. 429) – zwanej dalej **uchylanym rozporządzeniem**.

Uchylenie powyższego aktu prawnego stanowi konsekwencję wejścia w życie w dniu 1 sierpnia 2019 r. ustawy z dnia 13 czerwca 2019 r. o wykonywaniu działalności gospodarczej w zakresie wytwarzania i obrotu materiałami wybuchowymi, bronią, amunicją oraz wyrobami i technologią o przeznaczeniu wojskowym lub policyjnym (Dz. U. z 2019 r. poz. 1214) – zwanej dalej **nową ustawą**, która zastępuje dotychczasową ustawę w tym samym przedmiocie – z dnia 22 czerwca 2001 r. (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 2037 ze zm).

W ramach uzasadnienia do projektu nowej ustawy, w odniesieniu do przedmiotowych zmian wskazano, że:

Nie ulega zmianie zakres badań lekarskich i psychologicznych obligatoryjny dla osób uprawnionych do kierowania działalnością koncesjonowaną oraz pracowników (art.12). Minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw wewnętrznych, określi, w drodze rozporządzenia, wzory orzeczenia lekarskiego i psychologicznego, uwzględniając potrzebę zapewnienia jednolitości stosowanych wzorów, rozróżnienie ich od orzeczeń wydawanych w postępowaniu o udzielenie pozwolenia na broń. Uprawnienie do wydawania orzeczeń lekarskich ma każdy lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii albo lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii. Orzeczenia psychologiczne może wydawać psycholog wpisany do rejestru psychologów upoważnionych, prowadzonego przez komendantów wojewódzkich Policji na podstawie art. 15c ust. 2 ustawy z dnia 21 maja 1999 r. o broni i amunicji.

Uchylenie dotychczasowej ustawy – w oparciu o którą wydane zostało wspomniane wyżej rozporządzenie z dnia 22 sierpnia 2002 r., pociąga za sobą uchylenie z mocy prawa także samego rozporządzenia.

Delegacja do wydania rozporządzenia regulującego zagadnienia tożsame do tych, które znajdowały się w uchylanym rozporządzeniu, zawarta została w art. 15 ust. 2 nowej ustawy, który stanowi, że:

Minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw wewnętrznych, określi, w drodze rozporządzenia, wzór orzeczenia lekarskiego i wzór orzeczenia psychologicznego,

uwzględniając potrzebę zapewnienia jednolitości stosowanych wzorów i rozróżnienie ich od orzeczeń wydawanych w postępowaniu o udzielenie pozwolenia na broń.

Jednocześnie wskazać w tym miejscu należy, że nowe rozporządzenie w powyższym przedmiocie, zostanie wydane dopiero po wejściu w życie nowej ustawy.

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

<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20021501246> .

Pełen tekst nowej ustawy (z dnia 13 czerwca 2019 r.), dostępny jest na stronie Internetowego Systemu Aktów Prawnych, pod adresem:

<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190001214> .

Pełen tekst dotychczasowej ustawy (z dnia 22 czerwca 2001 r.), dostępny jest na stronie Internetowego Systemu Aktów Prawnych, pod adresem:

<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20010670679> .

Pełen tekst uzasadnienia do nowej ustawy, dostępny jest na stronie internetowej Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej, pod adresem (str. 116 i n.):

<http://www.sejm.gov.pl/sejm8.nsf/agent.xsp?symbol=RPL&Id=RM-10-25-19> .

2. Zmiany w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia:

Zmiana zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej

W dniu 16 lipca 2019 r. opublikowane zostało zarządzenie nr 92/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z tego samego dnia, zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, zwane dalej **zarządzeniem zmieniającym**.

Pierwotnie opublikowane zarządzenie w powyższym przedmiocie nosi numer 120/2018/DSOZ (z dnia 29 listopada 2018 r.) i było ono dotychczas modyfikowane zarządzeniem numer 122/2018/DSOZ (z dnia 30 listopada 2018 r.).

Zgodnie z § 2 zarządzenia zmieniającego: **Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania z mocą od dnia 1 lipca 2019 r.**

Przedmiotowa zmiana polega na:

1) modyfikacji § 15 ust. 2 pkt 4:

2. *W stosunku do świadczeniobiorcy zadeklarowanego do lekarza poz, stawka kapitacyjna korygowana jest z zastosowaniem współczynnika odpowiedniego do grupy wiekowej świadczeniobiorcy albo charakteru miejsca pobytu świadczeniobiorcy, tj.:*

4) *osoba niewymieniona w pkt 7, w wieku od 40. do 65. roku życia - od dnia ~~1 września 2018 r.~~ 1 lipca 2019 r. - współczynnik ~~1,33~~ 1,34;*

2) modyfikacji brzmienia załącznika nr 1 (tabela „Wartości stawek kapitacyjnych, porad i ryczałtów w POZ”);

3) we wzorze umowy stanowiącym załącznik nr 2 do zarządzenia nr 120/2018/DSOZ (wzór umowy o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna), § 11 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

2. *W przypadku stawek, o których mowa w § 10 ust. 2 pkt 1, ust. 3 pkt 1 oraz ust. 4 pkt 1, obejmują one kwoty wynikające z przekazania środków finansowych na wzrost finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarki, położne oraz higienistki szkolne, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy, w tym od ~~września 2018 r.~~ dnia 1 lipca 2019 r.:*

1) *w przypadku stawki określonej w § 10 ust. 2 pkt 1 – kwotę w wysokości ~~0,84 zł~~ 0,92 zł (słownie: zero, 84/100 złotych 92/100 złotych);*

- 2) w przypadku stawki określonej w § 10 ust. 3 pkt 1 – kwotę w wysokości ~~0,88 zł~~ **0,96 zł** (słownie zero, ~~88/100 złotych~~ **96/100 złotych**);
- 3) w przypadku stawki określonej w § 10 ust. 4 pkt 1 – kwotę w wysokości ~~2,74 zł~~ **2,99 zł** (słownie: dwa, ~~74/100 złotych~~ **99/100 złotych**).

Jak wskazano w uzasadnieniu do zarządzenia zmieniającego:

Zmiana wprowadzona niniejszym zarządzeniem ma na celu realizację wzrostu kwoty wzrostu pochodnych wynagrodzeń wypłaconym pielęgniarkom i położnym zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. poz. 1682).

Pełen tekst zarządzenia zmieniającego (nr 92/2019/DSOZ), dostępny jest na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia, pod adresem:

<http://nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-922019dsoz,6972.html> ;

Pełen tekst pierwotnego zarządzenia – nr 120/2018/DSOZ, dostępny jest na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia, pod adresem:

<http://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-1202018dsoz,6844.html> ;

Zarządzenie nr 122/2018/DSOZ, zmieniające pierwotne zarządzenie (nr 120/2018/DSOZ), dostępne jest na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia pod adresem:

<http://nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-1222018dsoz,6846.html> .

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

W dniu 16 lipca 2019 r. opublikowane zostało zarządzenie nr 91/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z tego samego dnia, zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, zwane dalej **zarządzeniem zmieniającym**.

Pierwotnie opublikowane zarządzenie w powyższym przedmiocie nosi numer 88/2019/DSOZ (z dnia 28 czerwca 2019 r.).

Zgodnie z § 2 zarządzenia zmieniającego: **Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania – a więc 17 lipca 2019 r.**

Przedmiotowa zmiana polega na:

1) modyfikacji § 2 ust. 1 pkt 1, zawierającego definicję pojęcia ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne (ASDK):

1) *ASDK - ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne, obejmujące wykonanie badań wraz z wydaniem wyników tych badań, określone w załączniku nr 1 część b do zarządzenia, wykonywane u świadczeniobiorców, którym świadczenia udzielane są w trybie ambulatoryjnym, realizowane w odpowiednich pracowniach, laboratoriach, zakładach diagnostycznych, poradniach, będące przedmiotem odrębnego kontraktowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia;*

2) dodaniu w § 9 po ust. 1, ust. 1a (§ 9 przytoczony został poniżej w całości):

1. *Świadczenia objęte przedmiotem umowy, udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje zgodnie z "Harmonogramem - zasoby", którego wzór określony jest w załączniku nr 2 do umowy.*

1a. Osoby, o których mowa w ust. 1, będące lekarzami mogą udzielać świadczeń w zakresie badania tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (RM), także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, z zachowaniem wymogów określonych w odrębnych przepisach.

2. *Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń zgodnie z harmonogramem, o którym mowa w ust. 1.*

3. *W przypadku nieobecności lekarza, logopedy lub ortoptysty, realizującego świadczenia zgodnie z umową, świadczeniodawca obowiązany jest poinformować świadczeniobiorców o sposobie zorganizowania opieki w okresie nieobecności tych osób. Informacja, o której mowa w zdaniu pierwszym, udostępniana jest w miejscu udzielania świadczeń oraz w siedzibie świadczeniodawcy.*

3) dodaniu kolejnego ustępu (19) w § 12:

19. W przypadku udzielania świadczeń w zakresie badania rezonansu magnetycznego (RM) wartość rozliczanego świadczenia określonego w katalogu zakresów ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK), stanowiącym załącznik nr 1 część b do zarządzenia, ulega skorygowaniu z zastosowaniem współczynnika 1,05 pod warunkiem spełnienia jednocześnie następujących warunków:

- 1) średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w kategorii medycznej „przypadek stabilny” z danego okresu sprawozdawczego, określony na ostatni dzień okresu sprawozdawczego, uległ skróceniu o nie mniej niż 20%, w stosunku do średniego czasu oczekiwania z okresu sprawozdawczego poprzedzającego bezpośrednio dany okres sprawozdawczy, określonego na ostatni dzień okresu sprawozdawczego;
- 2) liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym jest większa o co najmniej 5% niż liczba osób skreślonych z listy oczekujących w okresie sprawozdawczym bezpośrednio poprzedzającym dany okres sprawozdawczy;
- 3) zrealizowania w okresie sprawozdawczym, bezpośrednio poprzedzającym dany okres sprawozdawczy, co najmniej 400 badań RM w danej pracowni.

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, stosuje się przepisy zarządzenia, o którym mowa w § 1 [zarządzenia nr 88/2019/DSOZ – przyp. red. Serwisu], w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia.

Jak natomiast wynika z § 4, przepisy zarządzenia zmieniającego mają zastosowanie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 lipca 2019 r.

Jak wskazano w uzasadnieniu do zarządzenia zmieniającego:

Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem polegają na wdrożeniu współczynnika korygującego 1,05 przy rozliczaniu świadczeń rezonansu magnetycznego (RM) przez tych świadczeniodawców, którzy dzięki podjętym działaniom zwiększyli istotnie dostępność do wskazanych badań, poprzez skrócenie co najmniej o 20% czasu oczekiwania na ich wykonanie, skreślili z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia o co najmniej 5% więcej osób niż w poprzedzającym okresie sprawozdawczym oraz zrealizowali w okresie sprawozdawczym, bezpośrednio poprzedzającym dany okres sprawozdawczy, co najmniej 400 badań RM w danej pracowni.

Aktywizacja świadczeniodawców do podejmowania działań prowadzących do wykonywania większej liczby badań jest niezbędna z uwagi na dużą liczbę chorych oczekujących. Daje także możliwość zwiększenia racjonalizacji wydatkowanych środków finansowych, poprzez unikanie zbędnych hospitalizacji diagnostycznych, których celem jest wyłącznie wykonanie tych badań.

Dodatkowo doprecyzowano definicję świadczeń ASDK (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne) wskazując, że obejmują one wykonanie badań wraz z wydaniem wyników tych badań.

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

Pełen tekst zarządzenia zmieniającego (nr 91/2019/DSOZ), dostępny jest na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia, pod adresem:

<http://nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-912019dsoz,6971.html> ;

Pełen tekst pierwotnego zarządzenia – nr 88/2019/DSOZ, dostępny jest na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia, pod adresem:

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

2. NOWE AKTY PRAWNE:

1) Nowe akty prawa powszechnie obowiązującego:

Nowe rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

W dniu 11 lipca 2019 r. ogłoszone zostało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2019 r. poz. 1285) – zwane dalej **nowym rozporządzeniem**.

Jak wynika z § 15, **wchodzi ono w życie w dniu 26 lipca 2019 r.**

Nowe rozporządzenie zastępuje obowiązujące dotychczas rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r., w tym samym przedmiocie (Dz. U. z 2013 r. poz. 1386 ze zm.). **Wprowadza ono liczne zmiany w części normatywnej oraz w załącznikach w stosunku do dotychczasowego rozporządzenia, co szczegółowo przedstawione zostało w uzasadnieniu do projektu rozporządzenia.**

Pełen tekst nowego rozporządzenia, dostępny jest na stronie internetowej organu wydającego Dziennik Ustaw, pod adresem: <http://dziennikustaw.gov.pl/du/2019/1285/1> .

Pełen tekst dotychczasowego rozporządzenia, dostępny jest na stronie internetowej Internetowego Systemu Aktów Prawnych, pod adresem: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20130001386> .

Pełen tekst uzasadnienia do projektu nowego rozporządzenia, dostępny jest na stronach Rządowego Centrum Legislacji, pod adresem:
<https://legislacja.rcl.gov.pl/docs/516/12309154/12495589/dokument401711.docx> (str. 11 i n.).

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 dnia 19 lipca 2019 r. do dnia 16 sierpnia 2019 r.**, 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
do dnia 25.07.2019 r.	deklaracje VAT (VAT-7, VAT-7K, VAT 8) <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>	art. 99 ust. 1-3a i 8, art. 114 ust. 3 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług - rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 18 kwietnia 2018 r. w sprawie wzorów deklaracji dla podatku od towarów i usług
	przesłanie JPK_VAT za czerwiec (Jednolity Plik Kontrolny VAT) <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>	art. 82 § 1b ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - Ordynacja podatkowa

<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>
<p>do dnia 7.08.2019 r.</p>	<p>wpłata zryczałtowanego podatku od dochodów z dywidend oraz innych przychodów z tytułu udziału w zyskach osób prawnych oraz sporządzenie CIT-7 za lipiec</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>podatek opłacany w formie karty podatkowej za lipiec</p> <p>Podatnicy płacą podatek dochodowy w formie karty podatkowej, pomniejszony o zapłaconą składkę na ubezpieczenie zdrowotne, o którym mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, bez wezwania w terminie do dnia siódmego każdego miesiąca za miesiąc ubiegły, a za grudzień - w terminie do dnia 28 grudnia roku podatkowego, na rachunek urzędu skarbowego.</p>	<p>art. 31 ust. 5 ustawy z 20.11.1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne</p>

<p>do dnia 10.08.2019 r. * termin ustawowy przypada na dzień wolny od pracy, wobec czego ulega on przesunięciu na najbliższy dzień roboczy, tj. <u>12.08.2019 r.</u></p>	<p>wpłata należności z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, FGŚP, FP oraz przesłanie deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA, imiennych raportów miesięcznych ZUS RZA, ZUS RCA, przez osoby fizyczne, które opłacają składki wyłącznie za siebie</p> <p>Co do zasady płatnik składek przesyła w tym samym terminie deklarację rozliczeniową (ZUS DRA), imienne raporty miesięczne (ZUS RCA, ZUS RZA) oraz opłaca składki za dany miesiąc, nie później niż do 10 dnia następnego miesiąca.</p> <p>Płatnik składek, który opłaca składki wyłącznie za siebie, 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 15.08.2019 r.</p> <p>* termin ustawowy przypada na dzień wolny od pracy, wobec czego ulega on przesunięciu na najbliższy dzień roboczy, tj. <u>16.08.2019 r.</u></p>	<p>termin wystawienia faktur za lipiec</p> <p>Co do zasady, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, fakturę wystawia się nie później niż do 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym dokonano dostawy towaru lub wykonano usługę.</p> <p>Termin ten stosuje się także do zaliczek.</p>	<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, FGŚP i FP oraz przesłanie deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA, imiennych raportów miesięcznych ZUS RZA, ZUS RCA, składanych przez płatników niebędących jednostkami budżetowymi ani osobami fizycznymi opłacającymi składkę wyłącznie za siebie</p> <p>Płatnik składek niebędący jednostkami budżetowymi i samorządowymi zakładów budżetowych ani osobami fizycznymi opłacającymi składkę wyłącznie za siebie przesyła deklarację rozliczeniową (ZUS DRA), imienne raporty miesięczne (ZUS RCA, ZUS RZA) oraz opłaca składki za dany miesiąc, nie później niż do 15 dnia następnego miesiąca.</p>	<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”.