

SERWIS INFORMACJI PRAWNEJ
e-informator

Nr 26

[data publikacji: 13 września 2019 r.]

W ramach Serwisu przedstawione zostały zmiany w prawie wchodzące w życie w następującym okresie:	
13.09.2019 – 27.09.2019	w przypadku przepisów prawa powszechnie obowiązującego
30.08.2019 – 15.09.2019	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 zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.....	4
2. NOWE AKTY PRAWNE:	11
Nowe zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie ustalenia jednolitego pliku sprawozdawczego w postaci szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML.....	12
3. TERMINARZ LEKARZA:	16
4. NOWY WYKAZ REFUNDOWANYCH LEKÓW, ŚRODKÓW SPOŻYWCZYCH SPECJALNEGO PRZEZNACZENIA ŻYWIENIOWEGO ORAZ WYROBÓW MEDYCZNYCH	22

1. ZMIANY W PRZEPISACH:

1. Zmiany w przepisach prawa powszechnie obowiązującego:

Brak zmian wchodzących w życie we wskazanym na wstępie okresie czasu.

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

Z dniem 1 września 2019 r. weszło w życie zarządzenie nr 115/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2019 r., 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 nr 122/2018/DSOZ (z dnia 30 listopada 2018 r.) oraz zarządzeniem nr 92/2019/DSOZ (z dnia 16 lipca 2019 r.).

Przedmiotowa zmiana zarządzenia nr 120/2018/DSOZ polega na:

1) dodaniu ust. 11 w § 14 (w oparciu o § 1 pkt 1 zarządzenia zmieniającego):

11. W przypadku braku dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej lub ciągłości ich udzielania albo wystąpienia zagrożenia ograniczenia dostępności do świadczeń na obszarach wiejskich pozostających poza granicami administracyjnymi miast, obejmujących obszary gmin wiejskich i gmin miejsko-wiejskich, na których gęstość zaludnienia nie przekracza 50 mieszkańców na kilometr kwadratowy¹, świadczenia na takich obszarach mogą być udzielane przez lekarza dodatkowo zatrudnionego, nie posiadającego specjalizacji, który po zdaniu Lekarskiego Egzaminu Końcowego po dniu 1 stycznia 2019 r., w okresie 12 miesięcy nie rozpoczął szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury, w miejscach udzielania świadczeń utworzonych po wejściu w życie zarządzenia lub już istniejących.

2) dodaniu pkt 8 w § 15 ust. 2 (w oparciu o § 1 pkt 2 lit. a) zarządzenia zmieniającego):

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

- 1) osoba niewymieniona w pkt 7, w wieku do 6. roku życia - współczynnik 2,7;*
- 2) osoba niewymieniona w pkt 7, w wieku od 7. do 19. roku życia - współczynnik 1,2;*
- 3) osoba niewymieniona w pkt 7, w wieku od 20. do 39. roku życia - współczynnik 1,0;*
- 4) osoba niewymieniona w pkt 7, w wieku od 40. do 65. roku życia - od dnia 1 lipca 2019 r. - współczynnik 1,34;*
- 5) osoba niewymieniona w pkt 7, w wieku od 66. do 75. roku życia - współczynnik 2,7;*

¹ Według danych GUS lub danych pozyskanych z jednostek samorządu terytorialnego - według stanu na dzień 1 września 2019 r. i każdorazowo na dzień 1 stycznia w kolejnych latach.

- 6) osoba niewymieniona w pkt 7, w wieku powyżej 75. roku życia - współczynnik 3,1;
- 7) podopieczny domu pomocy społecznej, zwanego dalej "DPS" lub placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej - współczynnik 3,1.
- 8) osoba niewymieniona w pkt 1-7 - współczynnik 3,2;

3) dodaniu ust. 7-14 w § 15 (w oparciu o § 1 pkt 2 lit. b) zarządzenia zmieniającego):

7. Finansowanie świadczeń, o których mowa w § 14 ust. 11 dokonuje się zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 9 pkt 1-3, począwszy od 1. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym rozpoczęte zostało udzielanie świadczeń przez lekarza, o którym mowa w § 14 ust. 11 i trwa przez 12 kolejnych miesięcy.
8. Jednostką rozliczeniową dla świadczeń, o których mowa w § 14 ust. 11, jest ryczałt miesięczny, którego cena jednostkowa jest określona w załączniku nr 1 do zarządzenia w wierszu l.p. 1.8.
9. Finansowanie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest stawka kapitacyjna, odbywa się na podstawie cen jednostek rozliczeniowych, ustalonych dla świadczeniodawcy posiadającego ważny certyfikat akredytacyjny w zakresie POZ, wydany przez Ministra Zdrowia, określonych w l.p. 1.1a załącznika nr 1 do zarządzenia, od 1. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym świadczeniodawca ten przekazał dyrektorowi oddziału Funduszu kopię posiadanego certyfikatu akredytacyjnego.
10. W przypadku objęcia opieką świadczeniobiorców chorych przewlekle, w ramach deklaracji wyboru lekarza POZ, o której mowa w § 8 ust. 1, zgodnie z jednostkami chorobowymi określonymi w załączniku nr 20 do zarządzenia, zastosowanie współczynnika korygującego stawką kapitacyjną, o którym mowa w ust. 2 pkt 8, odbywa się z zastosowaniem następujących zasad:
 - 1) podstawę prowadzonej przez Oddział Funduszu weryfikacji w zakresie spełnienia warunku, o którym mowa w pkt 2, stanowią raporty z udzielonych porad, złożone od dnia 1 października 2019 r. przez świadczeniodawców ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w związku z leczeniem cukrzycy, przewlekłych chorób układu krążenia lub tarczycy;
 - 2) liczba porad lekarza POZ udzielonych osobom z powodu chorób określonych w załączniku nr 20 do zarządzenia, od dnia 1 kwietnia 2020 r. nie może być mniejsza niż jedna przypadająca na 3 kolejne okresy sprawozdawcze;
 - 3) udzielenie osobie, o której mowa w pkt 2, świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej odpowiadających wymienionym jednostkom chorobowym powoduje wstrzymanie rozliczenia tych świadczeń, współczynnikiem korygującym stawkę kapitacyjną, o którym mowa w ust. 2 pkt 8 na 12 kolejnych okresów sprawozdawczych, liczonych od daty udzielenia świadczenia, o którym mowa w pkt 1.

[przepis § 15 ust. 10 stosuje się do rozliczania świadczeń począwszy od dnia 1 kwietnia 2020 r., w oparciu o § 4 pkt 1 zarządzenia zmieniającego – przyp. red. Serwisu]

11. W przypadku wystawiania przez świadczeniodawcę - lekarza POZ recept w postaci elektronicznej, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wprowadzaniem e-recepty (Dz. U. poz. 697), który udziela świadczeń finansowanych z zastosowaniem stawki kapitacyjnej w ramach których wystawione zostały recepty w postaci elektronicznej (w danym okresie sprawozdawczym), do rozliczenia mają zastosowanie ceny jednostek rozliczeniowych określone w l.p. 1.1b -1.1e załącznika nr 1 do zarządzenia. [sposób rozliczania świadczeń znajduje zastosowanie do dnia 31 grudnia 2019 r., w oparciu o § 3 pkt 1 zarządzenia zmieniającego – przyp. red. Serwisu]

12. W przypadku realizacji świadczeń, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 14, począwszy od dnia 1 stycznia 2020 r., po zakończeniu:

- 1) I kwartału, świadczeniodawca, który udzielił świadczeń co najmniej 15% populacji zakwalifikowanej do programu profilaktyki Chorób Układu Krążenia (ChUK), zgodnie z liczbą osób znajdujących się na listach świadczeniobiorców na dzień 1 stycznia 2020 r., udostępnioną przez Fundusz w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki (SIMP) wartość jednostki rozliczeniowej, o której mowa w l.p. 1.2 załącznika nr 1 do zarządzenia w odniesieniu do zrealizowanych świadczeń w tym kwartale, korygowana jest współczynnikiem korygującym o wartości 1,1;
- 2) II kwartału, świadczeniodawca, który udzielił świadczeń począwszy od dnia 1 stycznia 2020 r. co najmniej 30% populacji zakwalifikowanej do programu profilaktyki ChUK, zgodnie z liczbą osób znajdujących się na listach świadczeniobiorców na dzień 1 stycznia 2020 r., udostępnionej przez Fundusz w SIMP wartość jednostki rozliczeniowej, o której mowa w l.p. 1.2 załącznika nr 1 do zarządzenia w odniesieniu do zrealizowanych świadczeń w tym kwartale, korygowana jest współczynnikiem korygującym o wartości 1,1;
- 3) III kwartału, świadczeniodawca który udzielił świadczeń począwszy od dnia 1 stycznia 2020 r. co najmniej 45% populacji zakwalifikowanej do programu profilaktyki ChUK, zgodnie z liczbą osób znajdujących się na listach świadczeniobiorców na dzień 1 stycznia 2020 r., udostępnionej przez Fundusz w SIMP wartość jednostki rozliczeniowej, o której mowa w l.p. 1.2 załącznika nr 1 do zarządzenia w odniesieniu do zrealizowanych świadczeń w tym kwartale, korygowana jest współczynnikiem korygującym o wartości 1,1;
- 4) IV kwartału, świadczeniodawca, który udzielił świadczeń począwszy od dnia 1 stycznia 2020 r. co najmniej 60% populacji zakwalifikowanej do programu profilaktyki ChUK, zgodnie z liczbą osób znajdujących się na listach świadczeniobiorców na dzień 1 stycznia 2020 r., udostępnionej przez Fundusz w SIMP wartość jednostki rozliczeniowej wskazanej w l.p. 1.2 załącznika nr 1 do zarządzenia w odniesieniu do zrealizowanych świadczeń w tym kwartale, korygowana jest współczynnikiem korygującym o wartości 1,1.

[przepis § 15 ust. 12 stosuje się do rozliczania świadczeń poczynszy od dnia 1 kwietnia 2020 r., w oparciu o § 4 pkt 1 zarządzenia zmieniającego – przyp. red. Serwisu]

13. W przypadku rozliczania świadczeń lekarza poz dotyczących świadczeniobiorców zakwalifikowanych do realizacji świadczeń profilaktyki raka szyjki macicy zgodnie z ust. 12, zastosowanie ma cena jednostki rozliczeniowej określona w l.p. 1.9 załącznika nr 1 do zarządzenia.

[przepis § 15 ust. 13 stosuje się do rozliczania świadczeń poczynszy od dnia 1 kwietnia 2020 r., w oparciu o § 4 pkt 1 zarządzenia zmieniającego – przyp. red. Serwisu]

14. W przypadku świadczeniodawcy realizującego świadczenia, spełniającego łącznie wymagania określone w ust. 9 i 11, rozliczenia świadczeń dokonuje się na podstawie cen jednostek rozliczeniowych, o których mowa w l.p. 1.1f - 1.1i załącznika nr 1 do zarządzenia.

[sposób rozliczania świadczeń znajduje zastosowanie do dnia 31 grudnia 2019 r., w oparciu o § 3 pkt 1 zarządzenia zmieniającego – przyp. red. Serwisu];

4) dodaniu ust. 7-9 w § 19 (w oparciu o § 1 pkt 3 zarządzenia zmieniającego):

7. Finansowanie świadczeń dla których jednostką rozliczeniową jest stawka kapitacyjna odbywa się na podstawie cen jednostek rozliczeniowych, ustalonych dla świadczeniodawcy posiadającego ważny certyfikat akredytacyjny w zakresie POZ, wydany przez Ministra Zdrowia, określonych w l.p. 2.1a załącznika nr 1 do zarządzenia, od 1. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym świadczeniodawca przekazał dyrektorowi oddziału Funduszu kopię posiadanego certyfikatu akredytacyjnego.

8. W przypadku wystawiania przez świadczeniodawcę - pielęgniarkę POZ recept w postaci elektronicznej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wprowadzaniem e-recepty (Dz. U. poz. 697), która udziela świadczeń finansowanych z zastosowaniem stawki kapitacyjnej w ramach których wystawione zostały recepty w postaci elektronicznej (w danym okresie sprawozdawczym), do rozliczenia mają zastosowanie ceny jednostek rozliczeniowych określone w l.p. 2.1b - 2.1e załącznika nr 1 do zarządzenia. [sposób rozliczania świadczeń znajduje zastosowanie do dnia 31 grudnia 2019 r., w oparciu o § 3 pkt 2 zarządzenia zmieniającego – przyp. red. Serwisu]

9. W przypadku świadczeniodawcy realizującego świadczenia, spełniającego łącznie wymagania określone w ust. 7 i 8, rozliczenia świadczeń dokonuje się na podstawie cen jednostek rozliczeniowych, o których mowa w l.p. 2.1f - 2.1i załącznika do zarządzenia.

[sposób rozliczania świadczeń znajduje zastosowanie do dnia 31 grudnia 2019 r., w oparciu o § 3 pkt 2 zarządzenia zmieniającego – przyp. red. Serwisu];

5) dodaniu ust. 4-6 w § 23 (w oparciu o § 1 pkt 4 zarządzenia zmieniającego):

4. Finansowanie świadczeń dla których jednostką rozliczeniową jest stawka kapitacyjna odbywa się na podstawie cen jednostek rozliczeniowych, ustalonych dla świadczeniodawcy posiadającego ważny certyfikat akredytacyjny w zakresie POZ, wydany przez Ministra

Zdrowia, określonych w l.p. 2.1a załącznika nr 1 do zarządzenia, od 1. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym świadczeniodawca przekazał dyrektorowi oddziału Funduszu kopię posiadanego certyfikatu akredytacyjnego.

5. W przypadku wystawiania przez świadczeniodawcę – położną POZ recept w postaci elektronicznej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wprowadzaniem e-recepty (Dz. U. poz. 697), która udziela świadczeń finansowanych z zastosowaniem stawki kapitacyjnej w ramach których wystawione zostały recepty w postaci elektronicznej (w danym okresie sprawozdawczym), do rozliczenia mają zastosowanie ceny jednostek rozliczeniowych określone w l.p. 3.1b - 3.1e załącznika nr 1 do zarządzenia. [sposób rozliczania świadczeń znajduje zastosowanie do dnia 31 grudnia 2019 r., w oparciu o § 3 pkt 3 zarządzenia zmieniającego – przyp. red. Serwisu]

6. W przypadku świadczeniodawcy realizującego świadczenia, spełniającego łącznie wymagania określone w ust. 4 i 5, rozliczenia świadczeń dokonuje się na podstawie cen jednostek rozliczeniowych, o których mowa w l.p. 3.1f - 3.1i załącznika do zarządzenia. [sposób rozliczania świadczeń znajduje zastosowanie do dnia 31 grudnia 2019 r., w oparciu o § 3 pkt 3 zarządzenia zmieniającego – przyp. red. Serwisu];

6) dodaniu ust. 3a po § 27 ust. 3 (w oparciu o § 1 pkt 5 zarządzenia zmieniającego):

3a. Finansowanie świadczeń dla których jednostką rozliczeniową jest stawka kapitacyjna odbywa się na podstawie cen jednostek rozliczeniowych, ustalonych dla świadczeniodawcy posiadającego ważny certyfikat akredytacyjny w zakresie POZ, wydany przez Ministra Zdrowia, określonych w l.p. 4.1a załącznika nr 1 do zarządzenia, od 1. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym świadczeniodawca przekazał dyrektorowi oddziału Funduszu kopię posiadanego certyfikatu akredytacyjnego.

7) zmianie brzmienia załącznika nr 1 – wartości stawek kapitacyjnych, porad i ryczałtów w POZ (w oparciu o § 1 pkt 6 zarządzenia zmieniającego);

8) zmianie wzoru umowy, stanowiącej załącznik nr 2 (w oparciu o § 1 pkt 7 zarządzenia zmieniającego):

a) w § 1 w ust. 5 pkt 4 otrzymuje brzmienie:

4) w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia ~~20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. z 2016 r. poz. 1132)~~ 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. poz. 1756).;

b) w § 10 w ust. 1 dodaje się pkt 6 i 7 w brzmieniu:

6) ryczałt miesięczny w wysokości zł (słowniezł) związany z zapewnieniem dostępności do świadczeń na obszarach wiejskich o małej gęstości zaludnienia;

7) ryczałt miesięczny w wysokości zł (słowniezł) związany ze zgłaszalnością pacjentek zakwalifikowanych do realizacji świadczeń profilaktyki raka szyjki macicy;

c) w § 12 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

~~1. W celu potwierdzenia przeznaczenia środków, o których mowa w § 11 ust. 2, zgodnie z postanowieniami § 11 ust. 3, świadczeniodawcy przekazują do Oddziału Funduszu comiesięcznie, wraz z dokumentami rozliczeniowymi z realizacji umowy, oświadczenie zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 6 do umowy; nieprzeznaczenie uzyskanych środków zgodnie z postanowieniami, o których mowa w § 11 ust. 3, skutkuje obowiązkiem ich zwrotu na podstawie noty księgowej wystawionej przez Oddział Funduszu oraz nałożeniem kary umownej w wysokości do 5% wartości tych środków.~~

1. Potwierdzeniem przeznaczenia środków, o których mowa w § 11 ust. 2, zgodnie z postanowieniami § 11 ust. 3, jest rachunek z realizacji umowy za okres sprawozdawczy wystawiony przez świadczeniodawcę; nieprzeznaczenie uzyskanych środków zgodnie z postanowieniami, o których mowa w § 11 ust. 3, skutkuje obowiązkiem ich zwrotu na podstawie noty księgowej wystawionej przez Oddział Funduszu oraz nałożeniem kary umownej w wysokości 5% wartości tych środków.;

d) uchyla się załącznik nr 6 do umowy - oświadczenie o przeznaczeniu środków podwyżkowych;

- 9) dodaniu załącznika nr 20 - wykaz przyczyn udzielonych porad lekarskich wg klasyfikacji ICD 10 kwalifikujących do stosowania współczynnika 3,2 korygującego stawkę kapitacyjną, przy finansowaniu świadczeń lekarza poz dla osób przewlekle chorych na cukrzycę, choroby układu krążenia lub choroby tarczycy (w oparciu o § 1 pkt 8 zarządzenia zmieniającego);**

W uzasadnieniu do zarządzenia zmieniającego wskazano, że:

Zmiana wprowadzona niniejszym zarządzeniem ma na celu zwiększenie dostępności, podniesienie jakości świadczeń udzielanych oraz usuwania barier biurokratycznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej poprzez:

- a) dopuszczenie do udzielania świadczeń na obszarach wiejskich o małej gęstości zaludnienia, na których występuje deficyt zatrudnionych lekarzy w POZ, lekarzy, którzy po zdaniu LEK nie rozpoczęli kształcenia specjalistycznego w ramach rezydentury,*
- b) zwiększenie poziomu finansowania placówek POZ, które uzyskały certyfikaty jakości po zakończeniu procesy akredytacji przez CMJwOZ,*
- c) poprawę opieki nad pacjentami chorymi przewlekle na choroby układu krążenia, cukrzycę i choroby tarczycy,*
- d) motywacyjne zwiększenie poziomu finansowania w przypadku wystawiania e-recept,*
- e) motywacyjne zwiększenie poziomu finansowania świadczeń profilaktyki chorób układu krążenia oraz raka szyjki macicy,*
- f) wykreślenie załącznika nr 6 do umowy – oświadczenie o przeznaczeniu środków podwyżkowych.*

Zarządzenie wchodzi w życie od 1 września 2019 roku, z możliwością rozliczania świadczeń udzielonych w zakresie pkt. a), b) i d) od 1 września 2019 roku a, w zakresie pkt. c) od 1 stycznia 2020 roku zastosowaniem do rozliczania świadczeń od 1 kwietnia 2020 roku. .

Pełen tekst zarządzenia zmieniającego (nr 115/2019/DSOZ) dostępny jest na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia, pod adresem:

<http://nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1152019dsoz,6999.html> ;

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

<https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-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/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1222018dsoz,6846.html> ;

Zarządzenie nr 92/2019/DSOZ, zmieniające pierwotne zarządzenie (nr 120/2018/DSOZ), dostępne jest na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia pod adresem:

<https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-922019dsoz,6972.html> ;

2. NOWE AKTY PRAWNE:

1) Nowe akty prawa powszechnie obowiązującego:

Brak nowych aktów prawnych, wchodzących w życie we wskazanym na wstępie okresie czasu.

2) Nowe zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia:

Nowe zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie ustalenia jednolitego pliku sprawozdawczego w postaci szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML

Z dniem 15 września 2019 r. (z wyjątkami) wchodzi w życie zarządzenie nr 98/2019/DI Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2019 r., w sprawie ustalenia jednolitego pliku sprawozdawczego w postaci szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML, zwane dalej **nowym zarządzeniem**.

Zgodnie z § 1 ust. 1 zarządzenia, **określa ono szczegółowe komunikaty sprawozdawcze tworzone przy użyciu języka XML, stanowiące jednolity plik sprawozdawczy stosowany do wymiany informacji między świadczeniodawcami a Narodowym Funduszem Zdrowia dotyczące:**

- 1) *świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy), stanowiący załącznik nr 1 do zarządzenia;*
- 2) *danych zbiorczych o świadczeniach udzielonych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (POZ), stanowiący załącznik nr 2 do zarządzenia;*
- 3) *deklaracji POZ/KAOS, zwrotnych wyników weryfikacji deklaracji POZ/KAOS, zwrotnego rozliczenia deklaracji POZ/KAOS, stanowiący załącznik nr 3 do zarządzenia;*
- 4) *zaopatrzenia w wyroby medyczne, stanowiący załącznik nr 4 do zarządzenia;*
- 5) *list oczekujących, stanowiący załącznik nr 5 do zarządzenia; [w tym zakresie zarządzenie wchodzi w życie w dniu 1 stycznia 2020 r. – przyp. red. Serwisu]*
- 6) *informacji o fakturach zakupu w zakresie produktów leczniczych stosowanych w chemioterapii, programach terapeutycznych i programach lekowych oraz innych świadczeniach opieki zdrowotnej, stanowiący załącznik nr 6 do zarządzenia.*

Jak natomiast stanowią kolejne ustępy § 1:

2. Komunikat, o którym mowa w ust. 1 pkt 1:

- 1) *stosuje się do przekazywania danych o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielonych w okresie sprawozdawczym rozpoczynającym się od dnia 1 września 2019 r. oraz w kolejnych okresach;*
- 2) *może być stosowany do przekazywania danych o świadczeniach udzielonych w okresie sprawozdawczym występującym przed dniem 1 września 2019 r.*

3. Komunikat, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, stosuje się do przekazywania danych o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielonych w okresie sprawozdawczym począwszy od dnia 1 stycznia 2013 r. oraz w kolejnych okresach.

4. Komunikat, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, stosuje się do danych o świadczeniach opieki zdrowotnej przekazywanych przez świadczeniodawców w okresie sprawozdawczym rozpoczynającym się od dnia 1 lutego 2016 r. oraz w kolejnych okresach.

5. *Komunikat, o którym mowa w ust. 1 pkt 4:*
 - 1) *stosuje się do przekazywania danych o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielonych w okresie sprawozdawczym rozpoczynającym się od dnia 1 września 2019 r. oraz w kolejnych okresach;*
 - 2) *może być stosowany do przekazywania danych o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielonych w okresie sprawozdawczym występującym przed dniem 1 września 2019 r.*
6. *Komunikat, o którym mowa w ust. 1 pkt 5, stosuje się do danych przekazywanych przez świadczeniodawców w okresie sprawozdawczym rozpoczynającym się od dnia 1 stycznia 2020 r. oraz w kolejnych okresach.*
7. *Komunikat, o którym mowa w ust. 1 pkt 6:*
 - 1) *stosuje się do danych przekazywanych przez świadczeniodawców w okresie sprawozdawczym rozpoczynającym się od dnia 1 września 2019 r. oraz w kolejnych okresach;*
 - 2) *może być stosowany do przekazywania danych o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielonych w okresie sprawozdawczym występującym przed dniem 1 września 2019 r.*

Jednocześnie, w § 3 zarządzenia zmieniającego wskazano, że:

1. *Do dnia 31 grudnia 2019 r. komunikat sprawozdawczy tworzony przy użyciu języka XML, stanowiący jednolity plik sprawozdawczy, stosowany do wymiany informacji między świadczeniodawcami a Narodowym Funduszem Zdrowia dotyczący list oczekujących stanowi załącznik nr 7 do zarządzenia.*
2. *Komunikat, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do danych przekazywanych przez świadczeniodawców w okresie sprawozdawczym rozpoczynającym się od dnia 1 kwietnia 2015 r. i kończącym się w dniu 31 grudnia 2019 r.*

W uzasadnieniu do zarządzenia zmieniającego wskazano, że:

Niniejszym zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie ustalenia jednolitego pliku sprawozdawczego w postaci szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML określa się szczegółowe komunikaty sprawozdawcze tworzone przy użyciu języka XML stosowane do wymiany informacji między świadczeniodawcami a Narodowym Funduszem Zdrowia, dotyczące świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy), realizacji zleceń na wyroby medyczne, danych zbiorczych o świadczeniach udzielonych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, deklaracji POZ/KAOS, danych list oczekujących oraz informacji o fakturach zakupu. Rozwiązania przyjęte w zakresie komunikatów XML umożliwiają poprawną sprawozdawczość i rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W ramach komunikatu SWIAD wprowadzono możliwość przyrostowego importu okresów finansowania przekazanych w ramach zestawu świadczeń. Ma to na celu zracjonalizowanie wykorzystania zasobów podczas importu komunikatu SWIAD zawierającego długoterminowe zestawy świadczeń. W komunikacie dodano konieczne do przekazania w ramach hospitalizacji informacji o procedurze kierunkowej, informacji w ramach zabiegów usunięcia zaćmy, stopniu zaawansowania. Informacje o stadium zaawansowania przekazywane dla świadczeń gdy przyczyną główną udzielenia świadczenia jest nowotwór z katalogu nowotworów określonych w rozporządzeniu MZ, w tym:

1. *związanych z wykonaniem zabiegu operacyjnego,*
2. *z zakresu chemioterapii,*
3. *z zakresu radioterapii*

- jeżeli przyczyną główną udzielenia świadczenia był nowotwór złośliwy gruczołu krokowego, jajnika, jelita grubego, piersi lub płuca (kody jednostek chorobowych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta: C18-C20, C34, C50, C56, C61);

Ponadto, w porównaniu do dotychczas obowiązującej regulacji dodano informacje o wadze, wzroście, informacji dotyczącej używania przez świadczeniobiorcę wyrobów tytoniowych, jako dane, które mogłyby być wykorzystane w strumieniu refundacji leków, tj. refundacji aptecznej. Dawkowanie części leków i wyrobów medycznych uzależnione od masy/powierzchni ciała. Jednocześnie wprowadzono (usunięte w poprzedniej wersji komunikatu SWIAD) dane dotyczące innych dokumentów potwierdzających uprawnienia takie jak NIP, PESEL, data obowiązywania dokumentu uprawniającego. W zarządzeniu przewidziane także zostały elementy i atrybuty dotyczące międzynarodowej klasyfikacji funkcjonowania ICF oraz informacji o zastosowanym modyfikatorze (użytym do wyznaczenia taryfy do rozliczenia).

W celu poprawnej realizacji programów dodano informacje o tygodniu ciąży. Na podstawie § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. 2019 r. poz. 1207) dodano informacje o rezerwacji terminu. Dodano informacje o e-skierowaniu i innych dokumentach, w tym EDM.

Jednocześnie, w zarządzeniu zrezygnowano z postanowień dotyczących wymogu zbierania informacji przekazywanej dla świadczeń realizowanych w OAiIT, mleczanach, informacji o OC. Natomiast, przepisy dotyczące zakresu przekazywania informacji o fakturach zakupowych oraz informacji przekazywanych w ramach zabiegów usunięcia zaćmy zostały rozszerzone.

Komunikat szczegółowy XML dotyczący zaopatrzenia w wyroby medyczne rozszerzony został o informacje dotyczące potwierdzenia uprawnień do refundacji wyrobu medycznego wydawanego na dzień wystawienia zlecenia oraz na dzień przyjęcia do realizacji zlecenia na wyrób medyczny. Uwzględnione zostały dane dotyczące dokumentu potwierdzającego uprawnienie dodatkowe.

Ujęto informacje dotyczące komunikatu stosowanego do wymiany informacji pomiędzy aptekami a Narodowym Funduszem Zdrowia.

Komunikat szczegółowy XML dotyczący zakresu list oczekujących dostosowano do zmian przewidzianych w przepisach ustawy z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. z. 2018 r. poz. 2429) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 lutego 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania tych informacji (Dz. U. 2019 r. poz. 333) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. 2019 poz. 1207).

Ponadto, w niniejszym zarządzeniu przewidziany został Harmonogram przyjęć pacjentów (HP), którego częścią są kolejki oczekujących. Zmienione zostają zasady przekazywania przez świadczeniodawców danych do Funduszu mi.in. dopuszczono świadczeniobiorców, którzy nie posiadają adresu, wprowadzono obsługę różnych kategorii świadczeniobiorców w ramach harmonogramu itp.

W komunikacie ZBPOZ oraz DEKL nie wprowadzano zmian formatu.

W oparciu o § 4, tracą moc obowiązujące dotychczas zarządzenia:

- 1) Nr 93/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 grudnia 2012 r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących danych zbiorczych o świadczeniach udzielonych w ramach POZ;
- 2) Nr 99/2014/DI Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2014 r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących list oczekujących;
- 3) Nr 8/2015/DI Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 stycznia 2015 r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących deklaracji POZ/KAOS, zwrotnych wyników weryfikacji deklaracji POZ/KAOS, zwrotnego rozliczenia deklaracji POZ/KAOS;

- 4) *Nr 63/2018/DI Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2018 r. w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych;*
- 5) *Nr 77/2018/DI Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 sierpnia 2018 r. w sprawie określenia szczegółowego komunikatu sprawozdawczego XML dotyczącego zaopatrzenia w wyroby medyczne.*

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-982019di,6980.html> ;

3. TERMINARZ LEKARZA:

Poniższe zestawienie przedstawia najistotniejsze – w ocenie sporządzającego – obowiązki lekarza, o których należy pamiętać w okresie **od dnia 13 września 2019 r. do dnia 11 października 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 16.09.2019 r.* * termin ustawowy tj. 15.09.2019 r. przypada na dzień wolny od pracy, wobec czego ulega on przesunięciu na najbliższy dzień roboczy,	termin wystawienia faktur za sierpień 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. Termin ten stosuje się także do zaliczek.	art. 106i ustawy z dnia 11.03.1994 r. o podatku od towarów i usług
	zaliczka na podatek od nieruchomości (dot. osób prawnych i jednostek niemających osobowości prawnej) 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. W przypadku gdy kwota podatku nie przekracza 100 zł, podatek jest płatny jednorazowo w terminie płatności pierwszej raty – tj. do 15 marca.	art. 6 ust. 9 pkt 3 ustawy z dnia 12.01.1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych
	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 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.	art. 47 ust. 1 pkt 3, ust. 4–4c ustawy z dnia 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych

do dnia 20.09.2019 r.	<p>zaliczka na podatek dochodowy od pracowników zatrudnionych na umowę o pracę oraz z tytułu umów zlecenia i o dzieło za sierpień</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>	art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 26.07.1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych
	<p>zaliczka na podatek dochodowy od osób fizycznych od dochodów osiągniętych z działalności gospodarczej oraz z umów najmu i dzierżawy w sierpniu</p> <p>Podatnicy osiągający dochody z pozarolniczej działalności gospodarczej oraz z najmu lub dzierżawy są obowiązani bez wezwania wpłacać w ciągu roku podatkowego zaliczki na podatek dochodowy. Zaliczki miesięczne wpłaca się w terminie do 20 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni. Zaliczki kwartalne podatnicy wpłacają w terminie do 20 dnia każdego miesiąca następującego po kwartale, za który wpłacana jest zaliczka. Zaliczkę za ostatni miesiąc lub ostatni kwartał roku podatkowego podatnik wpłaca w terminie do 20 stycznia następnego roku podatkowego, chyba że przed upływem terminu do jej wpłaty złoży zeznanie i dokona zapłaty podatku.</p>	art. 44 ust. 6 ustawy z dnia 26.07.1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych
	<p>ryczałty ustawowe w zakresie podatku dochodowego od osób fizycznych za sierpień</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>	art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 26.07.1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych

	<p>zaliczka na podatek dochodowy od osób prawnych za sierpień</p> <p>Osoby prawne, co do zasady, są obowiązane wpłacać na rachunek urzędu skarbowego zaliczki miesięczne w wysokości różnicy pomiędzy podatkiem należnym od dochodu osiągniętego od początku roku podatkowego a sumą zaliczek należnych za poprzednie miesiące.</p> <p>Zaliczki miesięczne podatnik wpłaca w terminie do 20 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni. Zaliczkę za ostatni miesiąc roku podatkowego podatnik wpłaca w terminie do 20 dnia pierwszego miesiąca następnego roku podatkowego, chyba że przed upływem terminu do jej wpłaty złoży zeznanie i dokona zapłaty podatku.</p> <p>Podatnicy mogą nie wpłacać zaliczki, jeżeli podatek należny od dochodu osiągniętego od początku roku pomniejszony o sumę zaliczek wpłaconych od początku roku nie przekracza 1000 zł. Jeżeli podatek należny od dochodu osiągniętego od początku roku pomniejszony o sumę zaliczek wpłaconych od początku roku przekracza 1000 zł, wpłacie podlega różnica pomiędzy podatkiem należnym od dochodu osiągniętego od początku roku a sumą zaliczek wpłaconych od początku roku.</p>	<p>Art. 25 ustawy z dnia 15.02.1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych</p>
<p>do dnia 25.09.2019 r.</p>	<p>deklaracje VAT (VAT-7, VAT-7K, VAT 8)</p> <p>Podatnicy prowadzący działalność gospodarczą, jeżeli są podatnikami VAT czynnymi, są obowiązani składać w urzędzie skarbowym deklaracje podatkowe za okresy rozliczeniowe (miesięczne lub kwartalne) w terminie do 25 dnia miesiąca następującego po każdym kolejnym okresie. Są oni zobowiązani do składania dla okresów:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) miesięcznych – deklaracji VAT-7; 2) kwartalnych – deklaracji VAT-7K – w przypadku małych podatników, którzy wybrali metodę kasową oraz pozostałych małych podatników, którzy złożyli oświadczenie, o którym mowa w art. 99 ust. 3 u.p.t.u. <p>Podatnicy niebędący podatnikami VAT czynnymi (i w związku z tym nieskładający deklaracji VAT-7, VAT-7K), u których wartość wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów przekroczyła kwotę 50.000 zł, lub którzy wybrali opodatkowanie wewnątrzwspólnotowego nabycia towarów przez złożenie naczelnikowi urzędu skarbowego pisemnego oświadczenia o takim wyborze składają do urzędu skarbowego deklaracje VAT-8 za okresy miesięczne w terminie do 25. dnia miesiąca następującego po każdym kolejnym miesiącu.</p>	<p>art. 99 ust. 1-3a i 8, art. 114 ust. 3 ustawy z dnia 11.03.2004 r. o podatku od towarów i usług</p> <p>- rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 18.04.2018 r. w sprawie wzorów deklaracji dla podatku od towarów i usług</p>

	<p>przesłanie JPK_VAT za sierpień (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>	
do dnia 30.09.2019 r.	<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>	art. 25c ust. 1 ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
do dnia 7.10.2019 r.	<p>wpłata zryczałtowanego podatku od dochodów z dywidend oraz innych przychodów z tytułu udziału w zyskach osób prawnych oraz sporządzenie CIT-7 za wrzesień</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. 	art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych
	<p>podatek opłacany w formie karty podatkowej za wrzesień</p> <p>Podatnicy płacą podatek dochodowy w formie karty podatkowej, pomniejszony o zapłaconą składkę na ubezpieczenie zdrowotne, o którym mowa w ustawie z</p>	art. 31 ust. 5 ustawy z 20.11.1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych

	<p>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>przychodów osiągniętych przez osoby fizyczne</p>
<p>do dnia 10.10.2019 r.</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</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>

	zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, obowiązującej je i/lub osoby z nimi współpracujące.	
--	---	--

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

W dniu 30 sierpnia 2019 r., na stronie Ministerstwa Zdrowia zamieszczone zostało nowe obwieszczenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 września 2019 r.

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

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenie-ministra-zdrowia-z-dnia-30-sierpnia-2019-r-w-sprawie-wykazu-refundowanych-lekow-srodkow-spozywczych-specjalnego-przeznaczenia-zywnieniowego-oraz-wyrobow-medycznych-na-1-wrzesnia-2019-r> .

Zatwierdzono przez radcę prawnego Joannę Badke oraz 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”.