|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **RODZAJ AKTU** | **TYTUŁ** | **CZEGO DOTYCZY** | **ETAP PRAC** | **LINK** |
| 14.02.2022 | Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 17/2022/DGLPREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIAz dnia 11 lutego 2022 r.w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia | Zarządzenie stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”. Projektowane zmiany wpisują się w kluczowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia cele określone w Strategii na lata 2019-2023 jak: (cel 2) poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz (cel 5) poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej. Mając na uwadze liczne zmiany dotychczas obowiązującego zarządzenia Nr 72/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21 kwietnia 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia, związane z dostosowaniem przepisów do obwieszczeń Ministra Zdrowia (wydawanych na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego wyrobów medycznych – Dz. U. z 2021 r. poz. 523, zwanej dalej „ustawą o refundacji”), zaistniała konieczność wydania nowego zarządzenia. W niniejszym zarządzeniu, w porównaniu do dotychczas obowiązującej regulacji, wprowadzono zmiany wynikające z obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2021 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środkóws pożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień1 stycznia 2021 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 100).Najważniejsze zmiany dotyczą:1. załącznika nr 1n - katalog leków refundowanych stosowanych w chemioterapii i polegają na:  a) dodaniu kodu GTIN dla substancji czynnej:- 5.08.10.0000053 – Pemetreksedum - GTIN: 05909991444174, 05909991444167, 05909991444181,- 5.08.10.0000070 – Temozolomidum - GTIN: 05909991438449, 05909991438456, 05909991438463, 05909991438432, 05909991438470, 05909991438401,- 5.08.10.0000076 – Acidum zoledronicum - GTIN: 05909991377717- 5.08.10.0000077 – Azacitidinum - GTIN: 05909991454845  b) usunięciu kodu GTIN dla substancji czynnej::- 5.08.10.0000003 – Bicalutamidum - GTIN: 05909990052981,- 5.08.10.0000013 – Cytarabinum - GTIN: 05909990314515, 05909990314614,- 5.08.10.0000021 – Epirubicini hydrochloridum - GTIN: 05909990752515,- 5.08.10.0000032 – Idarubicini hydrochloridum - GTIN: 05909990236114, 05909990236213,- 5.08.10.0000050 – Paclitaxelum - GTIN: 05909990874446,- 5.08.10.0000056 – Tamoxifenum - GTIN: 05909990127412,- 5.08.10.0000082 – Anagrelidum - GTIN: 05909991356118,- 5.08.10.0000025 – Filgrastimum - GTIN: 05909990312214, 05909990830510, 05909990830619,- 5.08.10.0000047 – Ondansetronum - GTIN: 05909990002016, 05909990002023,- 5.08.10.0000048 – Ondansetronum - GTIN: 05909990810611,- 5.08.10.0000052 – Pegfilgrastimum - GTIN: 05909990007523,– zgodnie ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  c) usunięciu substancji czynnej 5.08.10.0000056 Tamoxifenum, z wykazu substancji czynnych, których średni koszt rozliczenia podlega monitorowaniu zgodnie z § 30 zarządzenia, w związku z usunięciem z refundacji odpowiednika leku.  2. Załącznika 1t Katalog refundowanych substancji czynnych - Części B -substancje czynne zawarte w lekach czasowo niedostępnych w obrocie na terytorium RP i polegają na usunięciu z katalogu 1 t substancji czynnych pemetreksed i bleomycyna poprzez wskazanie daty granicznej rozliczania ww. świadczeń „do dnia 31 marca 2022 r.”, w związku z uwagą zgłoszoną przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ i stanowiskiem Ministra Zdrowia przedstawionym w piśmie znak: PLR.4504.49.2022.1.KWA z dnia 19 stycznia 2022 r.3. załącznika nr 7 - katalog współczynników korygujących stosowanych w chemioterapii i polegają na zmianie progu kosztowego dla bendamustinum hydrochloridum (kod 5.08.10.0000075) z 1,8514 zł/mg na 1,6720 zł/mg, biorąc pod uwagę analizę limitów finansowania dla poszczególnych EAN od 1 stycznia 2022 r. Oznaczenie stosowania przepisów do rozliczania świadczeń w sposób wskazany w § 35 zarządzenia, wynika z konieczności zapewnienia ciągłości stosowania przepisów w przedmiotowym zakresie, zgodnie z ww. obwieszczeniem Ministra Zdrowia oraz z terminów obowiązywania decyzji administracyjnych Ministra Zdrowia w sprawie objęcie refundacją i określenia ceny urzędowej leków zawartych w niniejszym zarządzeniu. Wobec powyższego zarządzenie stosuje się do świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2022 r. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania. Zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zasięgnął opinii właściwych konsultantów krajowych, a także, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ustawy o świadczeniach, zasięgnął opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców. W dniach od 3 stycznia 2022 r. do 17 stycznia 2022 r. trwały konsultacje społeczne projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia. W trakcie konsultacji do projektu zarządzenia odniosło się 10 podmiotów (w tym 1 oddział wojewódzki NFZ), spośród których 7 nie zgłosiło uwag ( w tym 3 po terminie).Łącznie otrzymano 29 stanowisk do przedmiotowego projektu, w tym 22 zawierających uwagi (w tym 1 po terminie) oraz 7 informujących o ich braku (w tym 3 po terminie).Z przesłanych 22 uwag:- 2 uznano za zasadne,- 2 jako częściowo zasadne,- 2 wymagają dalszej analizy,- 15 oceniono jako niezasadne,- 1 została zgłoszona po wyznaczonym terminie, w związku z czym nie podlegała rozpatrzeniu. Najważniejsze uwzględnione uwagi dotyczą:  1) załącznika nr 1t do zarządzenia – uwaga polegająca na usunięciu z katalogu 1 t substancji czynnych pemetreksed i bleomycyna poprzez wskazanie daty granicznej rozliczania ww. świadczeń „do dnia 31 marca 2022 r.” (w związku z uwagą zgłoszoną przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ i stanowiskiem Ministra Zdrowia przedstawionym w piśmie znak: PLR.4504.49.2022.1.KWA z dnia 19 stycznia 2022 r.);  2) korekty legislacyjnej w zakresie załącznika nr 1e do projektu – Katalog świadczeń podstawowych dla świadczenia 5.08.05.0000203. Zmiana polega na nadaniu właściwego brzmienia tytułowi zarządzenia Nr 217/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (w związku z uwagą zgłoszoną przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ). | Wejście w życie 12 lutego 2022 r. | [Akt prawny: Zarządzenie-17\_2022\_DGL - Baza Aktów Własnych (nfz.gov.pl)](https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/166/Zarz%C4%85dzenie-17_2022_DGL) |
| 14.05.2022 | Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 16/2022/DGLPREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIAz dnia 11 lutego 2022 r.w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe | Zarządzenie stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), na mocy którego Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zobowiązany jest do określenia przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe.Projektowane zmiany wpisująsię w kluczowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia cele określone w Strategii na lata 2019-2023 jak: (cel 2) poprawa jakości i dostępnościświadczeń opieki zdrowotnej oraz (cel 5) poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej.Mając na uwadze liczne zmiany dotychczas obowiązującego zarządzenia Nr 162/2020/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 października 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe, związane z dostosowaniem przepisów do obwieszczeń Ministra Zdrowia, wydawanych na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego wyrobów medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 523, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o refundacji”, zaistniałakonieczność wydania nowego zarządzenia.W niniejszym zarządzeniu, w porównaniu do dotychczas obowiązującej regulacji, wprowadzono zmiany wynikające z obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2021 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środkówspożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień1 stycznia 2022 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 100).Najważniejsze zmiany dotyczą:1) brzmienia § 9 pkt 4, § 10 pkt 2 oraz § 19 zarządzenia w związku z dodaniem do obwieszczenia refundacyjnego programu lekowego: „Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłychi młodzieży w wieku od 12 lat” oraz koniecznością kwalifikacji pacjentów do terapii przez ZespółKoordynacyjny ds. Leczenia Chorych na ostrąporfirięwątrobową (AHP);2) załącznika nr 1k do zarządzenia,określającego Katalog świadczeń i zakresów i polegają na:a) dodaniu kodu zakresu 03.0000.428.02 „Leczenie chorych na ostrąporfirięwątrobową (AHP) u dorosłychi młodzieży w wieku od 12 lat”,b) zmianie nazwy kodu zakresu 03.0000.332.02 z „Leczenie choroby Leśniowskiego-Crohna” na „Leczenie pacjentów z chorobąLeśniowskiego-Crohna”,– w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;3) załącznika nr 1l do zarządzenia,określającego Katalog ryczałtów za diagnostykę i polegają na:a) dodaniu kodów świadczeń:- 5.08.08.0000169 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat – 1 rok terapii”,- 5.08.08.0000170 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat – 2 i kolejny rok terapii”,b) zmianie nazwy świadczenia o kodzie:- 5.08.08.0000040 z „Diagnostyka w programie leczenia choroby Leśniowskiego-Crohna” na „Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobąLeśniowskiego-Crohna”,- 5.08.08.0000117 z „Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej – bewacyzumab (1 i kolejny rok terapii), olaparyb (1 rok terapii)” na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej – bewacyzumab (1 i kolejny rok terapii), olaparyb (1 rok terapii), niraparyb (1 rok terapii\_  - 5.08.08.0000118 z „Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej – 2 i kolejne lata terapii olaparybem” na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej – 2 i kolejne lata terapii olaparybem lub niraparybem”,– w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;c) wykreśleniu świadczenia o kodzie 5.08.08.0000078 Diagnostyka w programie leczenia neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), z uwagi na zastąpienieświadczeniami o kodach 5.08.08.0000154 oraz 5.08.08.0000155.4) załącznika nr 1m do zarządzenia, określającego Katalog leków refundowanych stosowanych w programach lekowych i polegają na:a) dodaniu kodów GTIN dla substancji czynnych:- 5.08.09.0000030 Imatinibum - GTIN: 05909991053895, 05909991053963, 05909991051181, 05909991051259,- 5.08.09.0000057 Sorafenibum - GTIN: 05909991423711,- 5.08.09.0000167 Baricitinibum - GTIN: 03837000170740,b) dodaniu substancji czynnych i kodów GTIN:- 5.08.09.0000217 Niraparibum – GTIN: 05909991425487, 05909991425494,- 5.08.09.0000218Givosiranum – GTIN: 08720165814046,c) wykreśleniu kodów GTIN dla substancji czynnych:- 5.08.09.0000032 Immunoglobulinum humanum – GTIN: 05909990049868,- 5.08.09.0000033 Infliximabum – GTIN: 05909991078881– w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym,d) dodaniu substancji czynnej 5.08.09.0000030 Imatinibum, do wykazu substancji czynnych, których średnikoszt rozliczenia podlega monitorowaniu zgodnie z § 31 zarządzenia, w związku z objęciem refundacjąodpowiednika leku;e) przeniesieniu kodów GTIN:- 05909990777938 Enbrel, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 25 mg/ml;- 05909990880881 Enbrel, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań do stosowania u dzieci, 10 mg/mlz produktu rozliczeniowego 5.08.09.0000018 Etanerceptum do nowego produktu rozliczeniowego o kodzie 5.08.09.0000216.Wydzielenie odrębnego kodu świadczenia dla substancji czynnej etanerceptum wynika z wyodrębnienia w/w GTIN do osobnej grupy limitowej w obwieszczeniu Ministra Zdrowia.5) załącznika nr 3 do zarządzenia, określającego Wymagania wobec świadczeniodawców udzielającychświadczeń z zakresu programów lekowych i polegają na dodaniu wymagań dla programu lekowego B.128.FM Leczenie chorych na ostrąporfirięwątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;6) załącznika nr 4 do zarządzenia,określającego Wykaz programów lekowych i polegają na:a) zmianie nazwy programu lekowego B.32. z „Leczenie choroby Leśniowskiego-Crohna” na „Leczenie pacjentów z chorobąLeśniowskiego-Crohna”,b) dodaniu substancji czynnej niraparibum w programie lekowym B.50. „Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej”,c) dodaniu substancji czynnej ustekinumab w programie lekowym B.55. „Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG)”  d) dodaniu programu lekowego B.128.FM. „Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat”,– w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;7) zmiany załącznika nr 11 do zarządzenia, określającego zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej oraz weryfikację jego skuteczności, poprzez usunięcie części 2 załącznika, tj. wzorów dokumentów w wersji papierowej, w związku z umożliwieniem kwalifikacji w oparciu o wnioski przedłożone za pośrednictwemelektronicznego systemu monitorowania programów lekowych;8) zmiany załącznika nr 25 do zarządzenia, określającego zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia choroby Wilsona oraz weryfikacja jego skuteczności, poprzez usunięcie części 2 załącznika, tj. wzorów dokumentów w wersji papierowej, w związku z umożliwieniemkwalifikacji w oparciu o wnioski przedłożone za pośrednictwem elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych;9) dodania załącznika nr 27 do zarządzenia, określającego zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłychi młodzieży w wieku od 12 lat, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym.Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący.Oznaczenie stosowania przepisów do rozliczania świadczeń w sposób wskazany w § 36 zarządzenia wynika z konieczności zapewnienia ciągłości stosowania przepisów, zgodnie z ww. obwieszczeniem Ministra Zdrowia oraz zgodności z terminami obowiązywania decyzji administracyjnych Ministra Zdrowia w sprawie objęciarefundacją i określenia ceny urzędowej leków zawartych w niniejszym zarządzeniu.Wobec powyższegozarządzenie stosuje się do świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2022 r.Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.Zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przed określeniemprzedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zasięgnąłopinii właściwych konsultantów krajowych, a także zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ustawy o świadczeniach, zasięgnął opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniareki Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców.W dniach od 3 stycznia 2022 r. do 17 stycznia 2022 r. trwały konsultacje społeczne projektu zarządzeniaPrezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe.W trakcie konsultacji do ww. projektu zarządzenia odniosły się 22 podmioty (w tym 3 oddziaływojewódzkie NFZ), spośród których 8 nie zgłosiło uwag, a 8 zgłosiło uwagi po wyznaczonym terminie.Łącznie otrzymano 76 stanowisk do przedmiotowego projektu, w tym 68 zawierających uwagi oraz 8 informujących o ich braku. Z przesłanych 68 uwag:- 9 uznano jako zasadne,- 11 wymaga dalszej analizy,- 29 oceniono jako niezasadne,- 19 zostałozgłoszonych po wyznaczonym terminie, w związku z czym nie podlegały one rozpatrzeniu.Najważniejszeuwzględnione uwagi dotyczą:1) załącznika nr 1k do zarządzenia, określającego Katalog świadczeń i zakresów i polegają na usunięciuuwagi o treści „Technologia lekowa o wysokim poziomie innowacyjności finansowana z Funduszu Medycznego”, odnoszącejsię do programu lekowego B.128FM Leczenie chorych na ostrąporfirięwątrobową(AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat, w związku z uwagą zgłoszoną przez Pomorski OddziałWojewódzki NFZ,2) załącznika nr 3 do zarządzenia, określającego Wymagania wobec świadczeniodawców udzielającychświadczeń z zakresu programów lekowych w zakresie programu B.128FM „Leczenie chorych na ostrąporfirięwątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat”  a) w części „lekarze – pozostałe” dookreślenie zapisu odnoszącego się do wymaganego doświadczeniaświadczeniodawcy w rozpoznawaniu i leczeniu chorych na ostrą porfirię wątrobową, w związku z uwagązgłoszoną przez Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ oraz Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ,b) w części „zapewnienie realizacji badań”usunięciebadań: USG, tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego oraz EKG, zgodnie z uwagami zgłoszonymi przez Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ. | Wejście w życie 12 lutego 2022 r. | [Akt prawny: Zarządzenie-16\_2022\_DGL - Baza Aktów Własnych (nfz.gov.pl)](https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/165/Zarz%C4%85dzenie-16_2022_DGL) |
| 14.02.2022 | Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 727) wprowadziło m.in. nowe świadczenia opieki zdrowotnej dedykowane chorym na hemofilię i inne pokrewne skazy krwotoczne. Wdrożenie nowych przepisów do zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w rodzaju ambulatoryjna opieka zdrowotna nie było jednak możliwe z uwagi na rozbieżności pomiędzy warunkami realizacji nowych świadczeń a charakterystyką produktów rozliczeniowych zawartą w opracowaniu analitycznym Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Konieczne stało się sporządzenie przez AOTMiT erraty do raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń dla chorych na hemofilię i inne pokrewne skazy krwotoczne oraz doprecyzowanie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.  Projekt rozporządzenia wprowadza zmiany w załączniku nr 2 oraz w załączniku nr 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części dotyczącej świadczeń dedykowanych chorym na hemofilię i inne pokrewne skazy krwotoczne:  1) z załącznika nr 2 usunięto trzy procedury medyczne: płytki krwi ¬ ocena ekspresji GPIb/IX/V, płytki krwi ¬ ocena ekspresji GPIIb/IIIa oraz ocena rozpuszczalności skrzepu w 5-molowym roztworze mocznika;  2) w załączniku nr 5 panel badań diagnostycznych dostępny w ramach świadczeń „Skazy krwotoczne – diagnostyka podstawowa” oraz „Skazy krwotoczne – diagnostyka rozszerzona” został poszerzony o dodatkowe badania: czynnik krzepnięcia VIII Ag (FVIIIAg), czynnik krzepnięcia IXAg (FIXAg) oraz inhibitor czynnika krzepnięcia IX – miano;  3) w załączniku nr 5 kryteria kwalifikacji do świadczenia „Skazy krwotoczne – podstawowa ocena stanu zdrowia” zostały poszerzone o dwa rozpoznania: D69.0 Plamica alergiczna oraz D69.8 Inne określone skazy krwotoczne;  4) w załączniku nr 5 nazwy kilkunastu procedur diagnostycznych ujętych w świadczeniach „Skazy krwotoczne – diagnostyka podstawowa”, „Skazy krwotoczne – diagnostyka rozszerzona”, „Skazy krwotoczne – podstawowa ocena stanu zdrowia” oraz „Skazy krwotoczne – rozszerzona ocena stanu zdrowia” zostały ujednolicone z nazwami procedur diagnostycznych wymienionych w załączniku nr 2 do przedmiotowego rozporządzenia. | Wejście w życie 25 lutego 2022 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000036501.pdf) |
| 14.02.2022 | Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lutego 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego | Projektowane rozporządzenie zmieniające rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 lutego 2021 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Dz. U. poz. 351, z późn. zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem”, jest wydawane na podstawie art. 34 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2021 r. poz. 2069, z późn. zm.).  W projekcie rozporządzenia wprowadza się przede wszystkim zmiany, których celem jest zmiana zasad odbywania obowiązkowej izolacji w warunkach domowych oraz obowiązkowej kwarantanny.  Projekt rozporządzenia przewiduje:  1) skrócenie izolacji z 10 dni do 7 dni. Skrócenie okresów obowiązkowej izolacji w warunkach domowych zostało poprzedzone analizą obserwowanych zmian przebiegu klinicznego zakażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz przebiegiem wywołanej nim choroby COVID-19. Zasadność tej decyzji mogą potwierdzać także zmiany w okresie obowiązkowej izolacji wprowadzane w innych państwach rozwiniętych;  2) pozostawienie obowiązku odbycia kwarantanny w odniesieniu tylko do osób zamieszkujących lub prowadzących wspólne gospodarstwo domowe z osobą, u której stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2 i które zostały poddane z tej przyczyny izolacji w warunkach domowych. Okres obowiązkowej kwarantanny ulegał będzie zakończeniu z dniem zakończenia tej izolacji;  3) objęcie funkcjonariuszy Służby Więziennej oraz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu i Centralnego Biura Antykorupcyjnego zasadami odbywania izolacji w warunkach domowych oraz obowiązkowej kwarantanny ustanowionymi dla żołnierzy Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, żołnierzy wojsk obcych i ich personelu cywilnego, żołnierzy, funkcjonariuszy i pracowników Służby Kontrwywiadu Wojskowego i Służby Wywiadu Wojskowego, funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Służby Ochrony Państwa. Objęcie ww. funkcjonariuszy analogicznymi zasadami odbywania izolacji w warunkach domowych oraz obowiązkowej kwarantanny jest uzasadnione nadzwyczajną istotną rolą, jaką wykonują te formacje w działaniach podejmowanych na rzecz zapewnienia porządku i bezpieczeństwa publicznego, a także sprawniejszego wykonywania ich zadań ustawowych;  4) skrócona izolacja w warunkach domowych będzie odnosiła się do osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej a nie tylko do osób wykonujących zawód medyczny. Jednocześnie w zakresie odbywania obowiązkowej kwarantanny rezygnuje się z ograniczenia tych zasad wyłącznie do osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej osobom chorym na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2. Decyzja jest uzasadniona obecną sytuacją epidemiczną i rolą jaką spełniają wszystkie osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej bez względu na wykonywany zawód na rzecz zapewnienia ochrony zdrowia społeczeństwa i należytego funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą.  Ponadto w rozporządzeniu wprowadzono zmiany dotyczące sposobu liczenia czasu odbywania izolacji w warunkach domowych przyjmując, że będzie on liczony od momentu wykonania testu diagnostycznego.  W rozporządzeniu nowelizującym przewidziano przepisy przejściowe, zgodnie z którymi:  1) z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia ulega zakończeniu obowiązkowa kwarantanna, z wyjątkiem kwarantanny odbywanej przez osoby zamieszkującej lub prowadzącej wspólne gospodarstwo domowe z osobą, u której stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2 i która została poddana z tej przyczyny izolacji w warunkach domowych, a także osoby skierowane do diagnostyki laboratoryjnej w kierunku wirusa SARS-CoV-2, zgodnie ze standardem organizacyjnym opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 711, z późn. zm.); 2) do osób, które w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia odbywają izolację w warunkach domowych stosuje się przepisy dotychczasowe. Izolacja tych osób ulega także zakończeniu w przypadku wprowadzenia negatywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2, wykonanego nie wcześniej niż w ósmej dobie trwania tej izolacji, do systemu teleinformatycznego udostępnionego przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia. | Wejście w życie 15 lutego 2022 r., z wyjątkiem § 1 pkt 1 lit. b tiret trzecie w zakresie  § 4 ust. 2 pkt 3 lit. a i b, pkt 2 lit. a, b i e oraz § 2 ust. 1, które wchodzą w życie dniem 11 lutego 2022 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lutego 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000035401.pdf) |
| 14.02.2022 | Obwieszczenie | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 10 stycznia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia | ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2020 r. poz. 857) |  | [OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 10 stycznia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji  w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000034201.pdf) |
| 14.02.2022 | Obwieszczenie | ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii | ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. poz. 491) |  | [Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 1 lutego 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000034001.pdf) |
| 14.02.2022 | Uchwała | Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia programu inwestycyjnego pod nazwą „Program inwestycyjny modernizacji podmiot w leczniczych” | „Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych”, zwany dalej „Programem”, stanowi realizację upoważnienia zawartego w art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. poz. 1875).  Wprowadzenie Programu umożliwi realizację celu określonego w ww. ustawie, tj. modernizacji, przebudowy lub doposażenia podmiotów leczniczych w ramach Subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych oraz finasowanie działań w następujących obszarach:  1) wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;  2) wymiana łóżek szpitalnych;  3) wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego.  Program zapewni finansowanie pilnych działań zapewniających modernizację infrastruktury budowlanej oraz systematyczne uzupełnianie i wymiana zużytej oraz wyeksploatowanej bazy sprzętowej podmiotów leczniczych, w celu zwiększenia dostępności i podniesienia jakości świadczonych usług medycznych, poprawy komfortu pacjentów czyli zapewni warunki do racjonalnego, nowoczesnego, kompleksowego i skutecznego leczenia.  Głównym problem podmiotów prowadzących działalność leczniczą jest niespełnianie przez nie wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 595, z późn. zm.).  Większość budynków, w których są zlokalizowane placówki medyczne, powstała w latach 50-60 XX wieku lub wcześniej, a przeprowadzane dotychczas prace w zakresie modernizacji pozwalały jedynie na fragmentaryczne odtwarzanie infrastruktury. Stare budynki i wyeksploatowana infrastruktura nie spełniają standardów i wymaga  modernizacji, w tym także dostosowania do potrzeb osób o różnym stopniu niepełnosprawności. Nie bez znaczenia pozostaje kwestia coraz większych nakładów potrzebnych na utrzymanie, naprawy i remonty wyeksploatowanych budynków. Rosnące koszty ograniczają możliwość rozwoju podmiotów leczniczych i ograniczają dostępność świadczeń  opieki zdrowotnej dla pacjentów. Konieczne są bieżące inwestycje w zakresie dostosowywania szpitali do wymogów przestrzennych, sanitarnych oraz instalacyjnych, ponieważ w dalszym ciągu, mimo realizacji wieloletnich projektów, Najwyższa Izba Kontroli zidentyfikowała problemy w tym zakresie.  Zły stan infrastruktury budowlanej i sprzętowej, powoduje również ryzyko występowania zakażeń szpitalnych, które zagrażają bezpieczeństwu pacjentów i pociągają za sobą wysokie koszty leczenia.  Jednocześnie zmieniająca się sytuacja epidemiologiczno-demograficzna kraju oraz dynamiczny postęp wiedzy technologicznej i medycznej wymaga wprowadzania określonych zmian mających na celu zoptymalizowanie alokacji zasobów ochrony zdrowia, polegających przede wszystkim na dostosowaniu potencjału infrastruktury diagnostyczno-leczniczej do obowiązujących wymogów i potrzeb społeczeństwa. Infrastruktura, zarówno budowlana jak i sprzętu  medycznego, jest jednym z elementów absolutnie niezbędnych do zapewniania dostępności wysokiej jakości świadczeń  opieki zdrowotnej.  Brak wsparcia infrastruktury podmiotów leczniczych wpływa na:  1) pogorszenie jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;  2) spadek lub brak dostępności świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów;  3) wydłużenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej;  4) spadek bezpieczeństwa i komfortu, zarówno pacjentów i ich rodzin, jak i kadry podmiotów leczniczych;  5) ryzyko niespełnienia wymogów sanitarnych i technicznych oraz współczesnych standardów opieki szpitalnej;  6) rosnące koszty coraz częstszych napraw i remontów poszczególnych części infrastruktury szpitali;  7) rosnące koszty eksploatacyjne;  8) problemy z dostosowaniem się do zmieniających się technologii leczenia;  9) problemy z dostosowaniem potencjału infrastruktury diagnostyczno-leczniczej do potrzeb społeczeństwa.  Ad. 1. Wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych.  Prognoza demograficzna dla Rzeczypospolitej Polskiej wskazuje, iż odsetek osób w wieku powyżej 65 lat wzrośnie do 2060 r. ponad dwukrotnie – do 34,5% i będzie należał do jednego z najwyższych w Europie. Podobnie dla populacji powyżej 80 lat, odsetek tej grupy wiekowej wzrośnie blisko czterokrotnie z 3,3% do 12,3% w 2060 r. Tendencje te potwierdza również raport Banku Światowego w odniesieniu do stanu i perspektyw opieki długoterminowej w Rzeczypospolitej Polskiej. Dane wskazują na konieczność podjęcia działań wspierających opiekę medyczną nad osobami w wieku podeszłym ze szczególnym uwzględnieniem inwestycji w infrastrukturę udzielania świadczeń z zakresu geriatrii i opieki długoterminowej.  Szpitale w kraju dysponują 200 398 łóżkami o średnim obłożeniu 70%. We wszystkich województwach średnie obłożenie faktyczne jest niższe niż przyjęty poziom optymalny 80%, co wskazuje skalę potencjalnych przekształceń w systemie opieki szpitalnej. Zestawiając obecne średnie obłożenia łóżek i optymalne obłożenie na poziomie 80% widoczny jest potencjał na przybliżonym poziomie 19 070 łóżek do zagospodarowania na cele przekształceń oddziałów o zwiększonym zapotrzebowaniu na świadczenia zdrowotne, w tym na potrzeby oddziałów geriatrii i na łóżka opieki długoterminowej.  Niewielka liczba oddziałów geriatrycznych (62 oddziały z łączną liczbą 1 208 łóżek), długi czas oczekiwania na świadczenie (najdłuższy średni czas oczekiwania w przypadku stabilnym w 2019 r. wyniósł 105 dni w woj. dolnośląskim, przy czym średnio pacjenci czekali 41 dni) oraz wielochorobowość pacjentów starszych można założyć, iż pacjenci są alokowani w większości na inne dostępne oddziały, co oznacza, że brakuje bazy łóżkowej dla pacjentów geriatrycznych.  Skutkiem oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane seniorom jest pogłębienie się niesprawności i niesamodzielności, znaczny spadek jakości ich życia, a przede wszystkim opóźnienie diagnostyki i wdrożenia odpowiedniego leczenia skutkujące mniejszymi szansami na wyleczenie lub osiągnięcie pożądanego efektu klinicznego.  Kolejka oczekujących powoduje również, iż rosną koszty leczenia pacjenta.  Z przeprowadzonej przez Ministerstwo Zdrowia w 2020 r. oceny stanu infrastruktury oddziałów geriatrycznych wynika, że istnieje wysoki odsetek (16%) szpitali, które oceniły stan infrastruktury jako nieodpowiedni i niedostosowany do potrzeb społeczeństwa.  Postępujące starzenie się populacji wpływa również na dostępność do świadczeń opieki długoterminowej oraz powoduje znaczne obciążenie systemu ochrony zdrowia i brak możliwości zapewnienia wszystkim natychmiastowego dostępu, co jest istotne z punktu widzenia zachowania ciągłości leczenia pacjentów. Pobyt pacjentów w zakładach opiekuńczoleczniczych lub zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych jest zdecydowanie dłuższy niż w oddziałach szpitalnych, a jego  celem jest przywrócenie pacjentowi możliwie jak największej sprawności fizycznej oraz psychicznej. Najdłuższy przeciętny rzeczywisty czas oczekiwania w przypadku stabilnym na przyjęcie pacjenta do zakładu lub oddziału opiekuńczo-leczniczego wyniósł w lutym 2020 r. 593 dni (w woj. małopolskim), przy czym średnio pacjenci oczekiwali na przyjęcie 294 dni. Natomiast najdłuższy przeciętny rzeczywisty czas oczekiwania w przypadku stabilnym na przyjęcie pacjenta do zakładu lub oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego wynosił w lutym 2020 r. 321 dni (w woj. kujawskopomorskim), przy czym średnio pacjenci czekali na przyjęcie 144 dni. Wzrastająca liczba osób wymagających świadczeń w ramach opieki długoterminowej i bardzo długi czas oczekiwania na przyjęcie do ośrodków stacjonarnej opieki długoterminowej, wskazuje na ograniczoną liczbę dostępnych miejsc w tych ośrodkach.  Przeprowadzona przez Ministerstwo Zdrowia w 2020 r. ocena stanu infrastruktury w stacjonarnych zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych wskazała, że istnieje duży odsetek udziału powierzchni (45%), który został oceniony pod względem stanu infrastruktury jako nieodpowiedni i niedostateczny mając na uwadze bardzo duże zużycie, awaryjność, ubytki w wykończeniu, instalacjach i wyposażeniu – ich stopień degradacji  jest na bardzo wysokim poziomie i z roku na rok może generować coraz wyższe koszty utrzymania.  Zidentyfikowane problemy:  1) ograniczona dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów geriatrycznych;  2) ograniczona dostępność do świadczeń opieki długoterminowej w zakładach opiekuńczo-leczniczych lub zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych;  3) długi czas oczekiwania na przyjęcie pacjenta w zakładach opiekuńczo-leczniczych lub zakładach pielęgnacyjno-  opiekuńczych oraz na oddziałach geriatrycznych;  4) duży odsetek (45%) powierzchni infrastruktury w stacjonarnych zakładach opiekuńczo-leczniczych lub zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych jest w nieodpowiednim stanie technicznym.  Ad. 2. Wymiana łóżek szpitalnych.  Łóżka szpitalne to niezbędny element wyposażenia podmiotów leczniczych, który ma duży wpływ na przebieg leczenia,  rekonwalescencji oraz ogólne samopoczucie pacjenta.  Zdiagnozowanym problemem, jest jakość łóżek szpitalnych, które są wykorzystywane w hospitalizacji. W wyniku przeprowadzonego przez Ministerstwo Zdrowia badania w 2020 r. dotyczącego oceny stanu i stopnia zużycia infrastruktury łóżek szpitalnych w podmiotach leczniczych zakwalifikowanych do Systemu Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej, stwierdzono, że okres eksploatacji 58% wszystkich wykorzystywanych  łóżek przekracza 12 lat. Łóżka, ze względu na długi okres eksploatacji, są niedostosowane do aktualnych wymogów i potrzeb, a także nie spełniają funkcji, jakie powinny pełnić w procesie leczenia szpitalnego i rekonwalescencji. Ze względów sanitarnych i technologicznych powinny zostać wycofane z eksploatacji. Przeprowadzone badanie stanu  infrastruktury łóżek szpitalnych wykazało, że 2 na 3 łóżka szpitalne kwalifikują się do pilnej wymiany.  Zidentyfikowane problemy:  1) niska jakość łóżek szpitalnych obniża bezpieczeństwo hospitalizowanych pacjentów, a także może w sposób znaczący opóźnić powrót pacjenta do zdrowia;  2) wyeksploatowane łóżka o ograniczonej funkcjonalności zmniejszają komfort pacjentów zwłaszcza w trakcie długotrwałych hospitalizacji, ograniczają samodzielność pacjenta w codziennym funkcjonowaniu w trakcie leczenia, a także przyczyniają się do wypadków w trakcie hospitalizacji;  3) stan techniczny łóżek szpitalnych, przez wyeksploatowanie materiału, z którego są wykonane oraz trudności w skutecznym czyszczeniu i dezynfekcji, generuje ryzyko występowania i dłuższego utrzymywania się zakażeń szpitalnych, które są istotnym problemem nie tylko w kontekście kosztów, ale także bezpieczeństwa pacjentów;  4) brak nowych łóżek o dużej funkcjonalności, które wpłynęłyby na poprawę warunków pobytu pacjentów oraz warunków pracy personelu medycznego.  Ad. 3. Wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego.  W ostatniej dekadzie zauważa się wzrost udziału zgonów z powodu upadków, wypadków komunikacyjnych, zatruć, utonięć, działań ognia, dymu oraz płomieni. We wszystkich wymienionych kategoriach, wg według oszacowań szacunków Eurostatu, zagrożenie życia w Rzeczypospolitej Polskiej jest wyższe niż przeciętne w krajach Unii  Europejskiej. W celu zapewnienia pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w Rzeczypospolitej Polskiej działa system Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM) obejmujący świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w stanie nagłego zagrożenia zdrowia i życia w ramach tzw. pomocy w stanie nagłym. System ten stanowi swego rodzaju sieć naczyń połączonych, w przypadku której brak lub zaburzenie funkcjonowania któregokolwiek z elementów wpływa na niską skuteczność działania systemu jako całości.  Pomimo znaczącej poprawy wyposażenia i funkcjonowania dotychczasowej infrastruktury ratownictwa medycznego,  nadal istnieją potrzeby doposażenia, wymiany sprzętu i modernizacji infrastruktury jednostek systemu oraz jednostek z nim współpracujących w każdym jego ogniwie, na każdym etapie udzielania pomocy w stanie nagłym w ramach łańcucha przeżycia. System PRM wymaga wzmocnienia zarówno na etapie poza szpitalnym, czyli w zakresie wyposażenia Zespołów Ratownictwa Medycznego (ZRM) w środki transportu sanitarnego (ambulanse), jak i szpitalnym,  czyli w odniesieniu do Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (SOR), Centrów Urazowych (CU) i Centrów Urazowych dla Dzieci (CUD).  Z uwagi na częste wyjazdy ZRM, odbywające się w trudnych warunkach drogowych, warunkach jazdy ekstremalnej, ambulanse uzyskują znaczny przebieg w krótkim czasie, a w konsekwencji podlegają szybkiemu zużyciu. Co do zasady, według przyjętych standardów i konsensusu opinii ekspertów w zakresie ratownictwa medycznego w systemie nie powinny być wykorzystywane pojazdy starsze niż 5 lat oraz o przebiegu większym niż 300 tys. km. Według przyjętych kryteriów pojazdy wyeksploatowane stanowią średnio ok. 40% floty dysponentów ZRM i wymagają pilnej wymiany.  Również coraz częstsze dysponowanie Zespołami Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (LPR) w miejscach zdarzeń nagłych i w ramach całodobowej gotowości do pomocy, sprzęt medyczny będący wyposażeniem śmigłowców, ale i same śmigłowce ulegają szybkiemu zużyciu w wyniku intensywnej eksploatacji w trudnych warunkach. Istnieje zatem konieczność doposażenia i wymiany sprzętu lotniczych ZRM wraz z dostosowaniem ich infrastruktury śmigłowcowej oraz naziemnej do warunków częstych lotów i całodobowej służby, w tym także możliwości szkolenia.  Znaczna część SOR jest lokowana w pomieszczeniach szpitali, które są nieprzystosowane do profilu zadań tych jednostek, w tym bez lądowisk przyszpitalnych. Spośród obecnie działających 240 SOR, 32 SOR nie posiadają lądowiska, a 18 SOR posiada lądowiska, które nie są dostosowane do obecnych przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2021 r. poz. 2048). Wskazane rozporządzenie nakłada na kierowników szpitali posiadających SOR obowiązek spełnienia do dnia 1 lipca 2021 r. wymogów w zakresie m.in. organizacji w szpitalu miejsca udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,  obszaru do przeprowadzenia segregacji medycznej, miejsca izolacji w oddziale oraz pomieszczeń sanitarno-higienicznych przystosowanych dla osób niepełnosprawnych. Ponadto, do dnia 1 lipca 2022 r. każdy SOR musi spełnić warunek posiadania dostępu do lotniska bądź lądowiska, umożliwiającego przyjęcie pacjenta z transportu lotniczego  działającego w trybie całodobowym, zgodnego z wymaganiami określonymi w ww. rozporządzeniu.  Dodatkowo intensywna eksploatacja całej infrastruktury i użytkowanie jej całodobowo, często bez jakiejkolwiek przerwy technicznej w działaniu sprzętów diagnostycznych i aparatury wspomagającej funkcje życiowe pacjenta, powoduje szybkie i nadmierne zużywanie się sprzętu. Równolegle, dokonujący się rokrocznie postęp technologiczny dotyczący również technologii medycznych powoduje, iż konieczna jest wymiana wyeksploatowanych, przestarzałych sprzętów na  nowoczesną, łatwą w użytkowaniu i bardziej kompaktową aparaturę. Równocześnie niezadowalający jest stan infrastruktury CU i CUD. CU stanowi wydzieloną funkcjonalnie część szpitala, w której specjalistyczne oddziały są powiązane ze sobą organizacyjnie oraz zakresem zadań, w sposób pozwalający na szybkie diagnozowanie i leczenie pacjenta urazowego. CU również musi dysponować lądowiskiem lub lotniskiem dla śmigłowca ratunkowego, zlokalizowanym w takiej odległości, aby możliwe było przyjęcie pacjenta urazowego, bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego.  Zidentyfikowane problemy:  1) pogorszenie stanu technicznego taboru samochodowego wraz z niezbędnym wyposażeniem wykorzystywanego przez ZRM, a w konsekwencji brak możliwości dojazdu do osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i udzielenia pomocy na miejscu zdarzenia;  2) przestarzały, niedostosowany do aktualnych wymogów i potrzeb sprzęt medyczny w śmigłowcach LPR zakupiony wraz ze śmigłowcami w latach 2009-2010;  3) niedostosowana infrastruktura do prowadzenia działalności udzielanych świadczeń w SOR, w większości występująca w budynkach kilkudziesięcioletnich;  4) brak SOR na terenach, gdzie jest utrudniony dostęp i większe zapotrzebowanie na udzielane w nich świadczeń opieki zdrowotnej wynikające z dużego zagęszczenia ludności;  5) brak lądowisk przyszpitalnych lub niedostosowanie lądowisk do wymaganych przepisów;  6) niedostosowana infrastruktura CU i CUD, w tym brak odpowiedniego sprzętu i aparatury medycznej;  7) niedobór w niektórych regionach CUD.  Powyższe dane wskazują na potrzebę utrzymywania sprawnego i efektywnie działającego systemu udzielania pomocy medycznej na miejscu zdarzenia. Konieczne jest zapewnienie odpowiedniego działania systemu nie tylko przez kształcenie kadr medycznych, lecz również przez zagwarantowanie odpowiedniej infrastruktury ratownictwa medycznego i specjalistycznego sprzętu, który umożliwia szybkie i skuteczne udzielanie pomocy w stanach nagłego zagrożenia zdrowia i życia.  W celu realizacji działań w ramach Programu minister właściwy do spraw zdrowia wprowadzi mechanizm finansowy umożliwiający wsparcie ze środków Programu podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w drodze procedury konkursowej określonej w ustawie z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym.  Interwencja będzie ukierunkowana na inwestycje w infrastrukturę podmiotów leczniczych wraz z wyposażeniem, w tym w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną najnowszej generacji. Wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych  Działania będą ukierunkowane na podmioty lecznicze udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie geriatrii i opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych.  Planowane interwencje obejmują swym zakresem inwestycje w:  1) zwiększanie bazy łóżkowej na oddziałach geriatrycznych;  2) zwiększenie bazy łóżkowej opieki długoterminowej świadczonej stacjonarnie;  3) modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych przez inwestycje w prace remontowo-budowlane oraz doposażenie w sprzęt medyczny.  Biorąc pod uwagę prognozowane zmiany w strukturze demograficznej, wzrost popytu na świadczenia zdrowotne dla osób starszych, coraz droższe technologie medyczne, przewidywany wzrost średniej długości życia, malejący współczynnik dzietności, zmiany modelu funkcjonowania rodziny – dedykowane wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych przyczyni się do poprawy opieki zdrowotnej w tym zakresie.  W wyniku zrealizowania działań wspierających podmioty lecznicze w ramach opieki geriatrycznej i długoterminowej:  1) zostanie zwiększona baza łóżkowa w oddziałach geriatrycznych i baza łóżkowa w opiece długoterminowej, co wpłynie na zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, ich jakości oraz zapewnienie kompleksowości opieki;  2) zostanie zwiększona baza opieki stacjonarnej, co wpłynie na zmniejszenie czasu oczekiwania na świadczenie i w konsekwencji spowoduje obniżenie kosztów interwencji medycznych;  3) zostanie zmniejszona dysproporcja w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych blisko miejsca zamieszkania pacjenta – zniwelowane zostaną różnice w dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej między województwami, w następstwie wzrostu liczby łóżek;  4) system opieki zdrowotnej zostanie w większym stopniu dostosowany do zwiększającej się liczby starszych pacjentów i udzielania im kosztochłonnych, ciągłych świadczeń opieki długoterminowej i geriatrycznej;  5) nastąpi zmodernizowanie infrastruktury podmiotów leczniczych, a w efekcie zwiększenie stopnia jej dostosowania do aktualnych potrzeb i wymogów, a także do potrzeb osób starszych i z niepełnosprawnościami;  6) zmodernizowana infrastruktura zwiększy bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta i wpłynie pozytywnie na efekty zastosowanego leczenia, a także umożliwi dalszy rozwój i specjalizację podmiotów leczniczych w kierunku kompleksowej, skoordynowanej opieki nad pacjentem;  7) inwestycje w infrastrukturę podmiotów leczniczych umożliwią sprawowanie opieki nad seniorami zgodnie ze standardami leczenia geriatrycznego, a także zostaną stworzone warunki do kształcenia ustawicznego i tworzenia nowych miejsc specjalizacyjnych i miejsc pracy dla przyszłych lekarzy geriatrów.  Problem starzenia się społeczeństwa jest powiązany również z nasilającą się wielochorobowością i dużą liczbą pacjentów w wieku sędziwym 80+. Powyższe wskazuje na konieczność podchodzenia do pacjenta geriatrycznego kompleksowo, obejmując go opieką koordynowaną, co pozytywnie wpływa na efekty leczenia i generuje mniejsze koszty dla płatnika publicznego. Dlatego jest konieczne podejmowanie wielokierunkowych działań zmierzających do rozwoju zarówno stacjonarnych form leczenia w dedykowanych pacjentom geriatrycznym oddziałach, jak i zapewnienia różnych form opieki niestacjonarnej, dostępnej w pobliżu miejsca zamieszkania.  W ramach oferowanego wsparcia planowane jest dofinansowanie m.in. procesów związanych z przekształcaniem obecnych łóżek szpitalnych w łóżka geriatryczne i łóżka opieki długoterminowej, modernizacji oraz doposażenia istniejących podmiotów leczniczych posiadających struktury opieki długoterminowej oraz geriatrii, a także tworzenia nowych miejsc ww. opieki.  Wymiana łóżek szpitalnych  Działania w tym obszarze będą skierowane do podmiotów leczniczych udzielających całodobowych, stacjonarnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie leczenia szpitalnego.  Planowane interwencje obejmują swym zakresem inwestycje w wymianę zużytych i przestarzałych łóżek,  tj. eksploatowanych co najmniej 12 lat. Planuje się zakup nowych łóżek szpitalnych, w tym łóżek intensywnej opieki medycznej, wraz z materacami, szafkami przyłóżkowymi oraz niezbędnym dodatkowym wyposażeniem.  W wyniku zrealizowania działań wspierających wymianę łóżek szpitalnych:  1) nastąpi poprawa jakości procesu hospitalizacji pacjenta oraz wzrost komfortu i bezpieczeństwa pacjentów;  2) zwiększy się higiena pracy, co zminimalizuje ryzyko występowania zakażeń szpitalnych;  3) usprawnione zostaną warunki pracy personelu medycznego, przy jednoczesnym zoptymalizowaniu wysiłku fizycznego;  4) zapewnione zostanie nowoczesne wyposażenie i nastąpi minimalizacja odsetka niesprawnych zasobów szpitala.  Wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego Działania w tym obszarze skierowane będą na inwestycje w infrastrukturę podmiotów leczniczych, w skład których wchodzą:  1) jednostki systemu PRM: ZRM, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego oraz SOR;  2) jednostki współpracujące z systemem PRM: CU i CUD.  Planowane interwencje obejmują swym zakresem inwestycje w:  1) zakup ambulansów wraz z wyposażeniem dla ZRM;  2) modernizację SOR wraz z wymianą sprzętu;  3) utworzenie na terenie województwa śląskiego nowych SOR lub przekształcanie istniejących struktur izb przyjęć w SOR;  4) budowę i dostosowanie lądowisk przyszpitalnych do obecnych wymagań;  5) modernizację i doposażenie w niezbędny sprzęt medyczny funkcjonujących obecnie centrów urazowych jak i planowanych do utworzenia w trakcie realizacji Programu;  6) zakup śmigłowców na potrzeby LPR,  7) modernizację i doposażenie baz LPR,  8) modernizację i doposażenie infrastruktury śmigłowcowej oraz zaplecza szkoleniowego lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.  W wyniku zrealizowania działań wspierających infrastrukturę ratownictwa medycznego:  1) nastąpi zwiększenie efektywności systemu ratownictwa medycznego, przez całodobowe diagnozowanie urazów dzięki dostępowi do zaawansowanej aparatury medycznej;  2) poprawi się jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;  3) wypełnią się luki w dostępie do infrastruktury ratownictwa medycznego.  Efektem dofinansowania w ramach Programu będzie zapewnienie lepszego dostępu do usług medycznych, poprawa jakości i bezpieczeństwa świadczonych usług medycznych. Placówki zostaną doposażone w niezbędny sprzęt i aparaturę medyczną oraz zmodernizowane i dostosowane do aktualnych wymogów i potrzeb, umożliwiając wszystkim jednakowy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. | Konsultacje publiczne do 21 lutego 2022 r. | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/3/12356458/12854743/12854744/dokument543172.pdf) |
| 14.02.2022 | Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu | Konieczne jest dostosowanie przepisów wykonawczych określające tryb wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu do zmienionych przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.  Ponadto zachodzi potrzeba doprecyzowania regulacji dotyczących treści opinii konsultanta wojewódzkiego i konsultanta krajowego, w przypadku negatywnego zaopiniowania wniosku ze względu na możliwość przeprowadzenia leczenia lub badań diagnostycznych w kraju.  Projektowane rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 marca 2021 r. w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz. U. poz. 644). Obecny projekt stanowi powtórzenie treści ww. rozporządzenia, z wyjątkiem następujących zmian:  - dodanie Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, zwanego dalej „Zjednoczonym Królestwem”, we wszystkich przepisach odnoszących się do państw członkowskich Unii Europejskiej i EFTA, jak również w odpowiednich miejscach w załącznikach do rozporządzenia;  - doprecyzowanie § 1, poprzez wymienienie w pkt 1 wszystkich wniosków składanych na podstawie rozporządzenia, ze wskazaniem podstawy prawnej dla poszczególnych wniosków;  - doprecyzowanie regulacji dotyczących opinii konsultanta wojewódzkiego i konsultanta krajowego, poprzez wskazanie,  że w przypadku negatywnego zaopiniowania wniosku ze względu na możliwość przeprowadzenia leczenia lub badań diagnostycznych w kraju konieczne jest zawarcie w opinii danych świadczeniodawców, którzy mogą przeprowadzić takie leczenie lub badania diagnostyczne w kraju oraz danych potwierdzających doświadczenie wskazanych  świadczeniodawców w zakresie leczenia lub badań diagnostycznych objętych wnioskiem wraz z określeniem ich  skuteczności. | Konsultacje publiczne do 10 marca 2022 r. | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/3/12356406/12854206/12854207/dokument543054.pdf) |
| 10.02.2022 | Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 stycznia 2022 r. w sprawie warunków zdrowotnych wymaganych od marynarzy do wykonywania pracy na statku morskim | Ustawa z dnia 11 września 2019 r. o pracy na statkach rybackich (Dz. U. poz. 2197) zmienia z dniem 14 listopada 2021 r. delegację ustawową określoną w art. 5 ust. 7 ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o pracy na morzu (Dz. U. z 2020 r. poz. 1353, z późn. zm.). W związku z powyższym zaistniała potrzeba zmiany istniejących przepisów wykonawczych regulujących sprawy wydawania międzynarodowych świadectw zdrowia dla marynarzy.  Wobec powyższego dodano nowy załącznik, załącznik numer 6, który określa tryb rejestracji i wydawania świadectw zdrowia w systemie informacyjno-kontrolnym dla portów polskich. Proponuje się, aby uprawniony lekarz występował z wnioskiem do Dyrektora Urzędu Morskiego w Szczecinie o nadanie dostępu do systemu przez wypełnienie formularza zgłoszeniowego udostępnionego w systemie. Załącznik zawiera informacje co zawiera ww. formularz, ponadto wskazuje kto prowadzi listę uprawnionych lekarzy i co ona również zawiera.  Ponadto załącznik wskazuje na uprawnienia lekarza w zakresie wydawania świadectw zdrowia w systemie informacyjno-kontrolnym dla portów polskich.  Przepisy rozporządzenia w większości stanowią powtórzenie aktualnie obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 grudnia 2015 r. sprawie warunków zdrowotnych wymaganych od marynarzy do wykonywania pracy na statku morskim (Dz. U. poz. 2105).  Niemniej jednak zmieniła się delegacja ustawowa, zatem w art. 5 w ust. 7 pkt 3 ustawy pracy na morzu dodano tryb rejestracji i wydawania świadectw w systemie informacyjno-kontrolnym dla portów polskich (PHICS). | Wejście w życie 10 lutego 2022 r. | [ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 28 stycznia 2022 r. w sprawie warunków zdrowotnych wymaganych od marynarzy do wykonywania pracy na statku morskim (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000033801.pdf) |
| 09.02.2022 | Ustawa | Ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw | Ustawa wydłuża o kolejne 6 miesięcy okres obowiązywania aktualnych wykazów świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PZS). Ponadto nowelizacja wydłuża okres składania wniosków o kredyt na studia medyczne. | Posiedzenie Senatu 16 i 17 lutego 2022 r. | [Akt prawny (sejm.gov.pl)](http://orka.sejm.gov.pl/opinie9.nsf/nazwa/1948_u/$file/1948_u.pdf) |
| 09.02.2022 | Ustawa | Poselski projekt ustawy o zawodzie kosmetologa | Dotyczy - zgodnie z uzasadnieniem - usunięcia niepewności co do stanu prawnego dotyczącego dopuszczalności i sposobów przeprowadzania specjalistycznych niechirurgicznych zabiegów estetycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; regulacji wskazanej sfery stosunków społecznych, a w szczególności ustanowienia nowego zawodu kosmetologa, funkcjonującego jako zawód zaufania publicznego | Skierowano do opinii Biura Legislacyjnego Kancelarii Sejmu oraz Biura Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu | [9-020-797-2022.pdf (sejm.gov.pl)](http://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/Projekty/9-020-797-2022/$file/9-020-797-2022.pdf) |
| 09.02.2022 | Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych |  | Wejście w życie 18 lutego 2022 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000027401.pdf) |
| 09.02.2022 | Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców | Wydanie nowego rozporządzenia wynika z konieczności dostosowania przepisów ww. rozporządzenia do obecnego zakresu regulacji w ustawie, wprowadzonego art. 4 pkt 26 ustawy z dnia 14 października 2021 r. o zmianie ustawy o transporcie drogowym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1997), zwanej dalej „ustawą zmieniającą”, w zakresie zmienionego upoważnienia ustawowego. Projektowane rozporządzenie zastąpi rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców (Dz. U. z 2020 r. poz. 2213).  Ponadto przepisy projektowanego rozporządzenia w zakresie szczegółowych warunków badania lekarskiego wdrażają postanowienia dyrektywy nr 2006/126/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 20 grudnia 2006 r. w sprawie praw jazdy (przekształcenie) (Dz. Urz. UE L 403 z 30.12.2006, str. 18, z późn. zm.), które w porównaniu z dotychczasowym rozporządzeniem nie uległy zmianie. Zgodnie z art. 18 ustawy zmieniającej, dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami, zwanej dalej „ustawą”, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie zmienionego upoważnienia, nie dłużej jednak niż przez okres 12 miesięcy od dnia wejścia w życie tej ustawy, czyli do dnia 5 sierpnia grudnia 2022 r., oraz mogą być zmieniane.  Projekt rozporządzenia określa szczegółowe warunki i tryb przeprowadzania badania lekarskiego, zakres badań lekarskich, konsultacji u lekarzy specjalistów i pomocniczych badań diagnostycznych, jednostki uprawnione do przeprowadzania badań, o których mowa w art. 75 ust. 1 pkt 7 i 8 oraz w art. 79 ust. 4 i 5 ustawy, wzory stosowanych dokumentów oraz wzór pieczątki uprawnionego lekarza, dodatkowe kwalifikacje, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 3 lit. b ustawy, podmioty uprawnione do przeprowadzania szkoleń lekarzy w zakresie badań kierowców oraz ramowy program ich szkolenia oraz wysokość opłaty za wpis do ewidencji, o którym mowa w art. 77 ust. 2 pkt 1 tej ustawy.  W projekcie rozporządzenia zrezygnowano z określenia właściwości jednostek uprawnionych do przeprowadzenia badania, o których mowa w art. 75 ust. 1 pkt 3–5 ustawy, tj. badania:  1) osoby ubiegającej się o przywrócenie uprawnienia do kierowania pojazdem cofniętego ze względu na stan zdrowia;  2) kierującego motorowerem, pojazdem silnikowym lub tramwajem, jeżeli kierował pojazdem w stanie nietrzeźwości, w stanie po użyciu alkoholu lub środka działającego podobnie do alkoholu;  3) osoby posiadającej prawo jazdy lub pozwolenie na kierowanie tramwajem, jeżeli istnieją uzasadnione i poważne zastrzeżenia co do stanu jej zdrowia, będą się odbywać, jak dotychczas, w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy. | Konsultacje publiczne do 8 marca 2022 r. | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12356304/12853324/12853325/dokument542537.pdf) |
| 09.02.2022 | Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej zapewnianych przez platformę pierwszego kontaktu oraz centra medycznej pomocy doraźnej | Celem projektowanego rozporządzenia jest przetestowanie nowego modelu organizacji opieki w przypadku konieczności uzyskania świadczenia w związku z nagłym zachorowaniem lub nagłym pogorszeniem stanu zdrowia, nie będącym stanem nagłym, które wystąpiło po godzinach pracy podstawowej opieki zdrowotnej, tj. w godzinach od 18.00 do 8:00 dnia następnego w dni robocze oraz w dni wolne od pracy i święta.  Nowy model organizacji opieki w przypadku konieczności uzyskania świadczenia w związku z nagłym zachorowaniem lub nagłym pogorszeniem stanu zdrowia zakłada funkcjonowanie i współdziałanie dwóch elementów: centralnej platformy pierwszego kontaktu, zwanej dalej „Platformą”, oraz centrów medycznej pomocy doraźnej, zwanych dalej „centrami”, przy czym zakłada się, że w pierwszej kolejności świadczeniobiorca będzie korzystał z telefonicznej konsultacji lub teleporady zapewnianej przez platformę, a dopiero w przypadku, gdy pomoc udzielona przez platformę jest niewystarczająca albo stan zdrowia świadczeniobiorcy wymaga osobistego kontaktu ze świadczeniodawcą – ze świadczeń centrum.  Platforma jest to platforma administrowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w ramach której są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie określonym w art. 15 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w formie teleporady przez pielęgniarkę, położną oraz lekarza. Kanałem kontaktu z Platformą są: telefon kontaktowy nr 800 137 200 oraz formularz kontaktowy zamieszczony na stronie internetowej pod adresem gov.pl./dom. Następnie jest przeprowadzany wywiad ze świadczeniobiorcą w celu udzielenia w zależności od potrzeb w szczególności teleporady, skierowania do centrum lub powiadomieniu o konieczności skontaktowania się z nr 112. Działania w ramach platformy mają charakter ogólnopolski i są realizowane od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 dnia danego do godziny 8.00 dnia następnego. W konsekwencji w ww. zakresie czasowym każdy świadczeniobiorca korzystając z ww. kanałów komunikacji będzie mógł otrzymać nie tylko pomoc w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, nie będącego stanem nagłym, bez  konieczności udania się do podmiotu leczniczego lub wezwania zespołu ratownictwa medycznego, lecz także otrzymać informację o wolnych terminach przyjęć w centrach.  Centra są obowiązane do przekazywania informacji o wolnych terminach do Platformy przy wykorzystaniu platformy Domowej Opieki Medycznej (DOM). Aktualizacja danych w tym zakresie pozwoli na usprawnienie organizacji funkcjonowania programu pilotażowego oraz poprawi komfort opieki nad świadczeniobiorcą, który otrzyma wiarygodną informację o możliwym terminie przyjęcia w centrum. Dane z realizacji zadań Platformy wynikających z programu pilotażowego są przekazywane za pośrednictwem platformy DOM ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Następnie w związku z koniecznością dokonania ewaluacji programu pilotażowego są one przekazywane do Funduszu, w zakresie niezbędnym do dokonania tej ewaluacji. Realizując świadczenia w formie teleporady lekarz, pielęgniarki i położna korzystają z platformy DOM. Centra będą zapewniały nie tylko świadczenia z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej ale także wybrane świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, odpowiadające najczęściej zgłaszanym potrzebom zdrowotnym związanym z wystąpieniem nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia. W związku z ograniczonymi zasobami kadry medycznej oraz koniecznością uwzględnienia i nie dublowania zakresu świadczeń zabezpieczanych przez funkcjonujące na terenie danego powiatu szpitale, zakres świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zabezpieczanych przez poszczególne centra może się różnić. Pełen zakres świadczeń specjalistycznych centrum będzie obowiązane zapewnić tylko w przypadku gdy na terenie danego powiatu nie ma szpitala, który udziela tych świadczeń. Przy określeniu wykazu świadczeń, które centrum powinno zapewniać wykorzystano dotychczasowe doświadczenia dotyczące najczęściej zgłaszanych potrzeb zdrowotnych związanych z wystąpieniem nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia.  Centra będą zapewniały świadczenia od poniedziałku do piątku w godzinach między 18.00 a 24.00 oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 do 24.00. Z dotychczasowych doświadczeń wynika, że znacząca większość świadczeniobiorców zgłasza się do nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej do godz. 24.00. Po tej godzinie świadczeniobiorca będzie mógł nadal skorzystać ze świadczeń Platformy. | Konsultacje publiczne do 15 lutego 2022 r. | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12356303/12853281/12853282/dokument542531.pdf) |
| 04.02.2022 | Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 15/2022/GPFPREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 3 lutego 2022 r. w sprawie Zespołu do spraw monitorowania prawidłowości postępowania w przypadkach podejrzenia lub zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 | Zespół do spraw monitorowania prawidłowości postępowania w przypadkach podejrzenia lub zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 został powołany zarządzeniem Nr 28/2020/GPF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 marca 2020 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw monitorowania prawidłowości postępowania w przypadkach podejrzenia lub zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 i nadal działa. Wydanie zarządzenia w sprawie Zespołu do spraw monitorowania prawidłowości postępowania w przypadkach podejrzenia lub zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 wynika z licznych zmian przedmiotowego zarządzenia i jego opracowanie (które wprowadza kolejne zmiany w składzie Zespołu) ma na celu ujednolicenie przepisów ww. zarządzenia oraz zwiększenie ich czytelności i przejrzystości, a tym samym ułatwienie interesariuszom ich stosowania. Wydanie niniejszego zarządzenia, stanowiącego podstawę do działania ww. Zespołu usprawni również organizację w realizowaniu zadań przez Zespół. Wprowadzenie niniejszego zarządzenia, stanowiącego podstawę do działania ww. Zespołu, wpisuje się w realizację celu strategicznego NFZ nr 6 – Optymalizacja procesów wewnętrznych i nr 8 – Poprawa efektywności funkcjonowania NFZ. | Wejście w życie 4 lutego 2022 r. | [Akt prawny: Zarządzenie-15\_2022\_GPF - Baza Aktów Własnych (nfz.gov.pl)](https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/157/Zarz%C4%85dzenie-15_2022_GPF) |
| 04.02.2022 | Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 14/2022/DSOZPREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 3 lutego 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 | Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 217/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 jest wykonaniem polecenia Ministra Zdrowia z 31 stycznia 2021 r., znak: DIWP.07.3.2022.KW.Wprowadzona niniejszym zarządzeniem zmiana ma na celu zapewnienie wsparcia i usprawnienie procesu leczenia zakażonych wirusem SARS-CoV-2, zakwalifikowanych do programu Domowej Opieki Medycznej (DOM). Wsparcie to polega na zachęceniu do włączenia i czynnego udziału poprzez regularny monitoring stanu zdrowia pacjentów biorących udział w programie (za pomocą danych uzyskiwanych są z pulsoksymetrów otrzymanych w ramach programu).W tym celu w niniejszym zarządzeniu utworzono nowy produkt rozliczeniowy: Kwalifikacja do programu Domowej Opieki Medycznej i monitorowanie aktywności pacjenta w programie o wartości 49,58 zł (wycena sporządzona przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji). Jego rozliczenie będzie możliwe w sytuacji, gdy pacjent przez co najmniej 5 z 7 następujących po sobie dni w okresie izolacji, co najmniej dwa razy dziennie dokona pomiaru za pośrednictwem pulsoksymetru otrzymanego w ramach programu DOM i wprowadzi dane do aplikacji DOM Doctor. Wartość produktu obejmuje również: rejestrację pacjenta w programie, instrukcję dotyczącą konieczności badania pulsoksymetrem przez kolejnych 7 dni, a także sprawdzanie każdego dnia aktywności w aplikacji i ewentualną rozmowę z pacjentem w celu przypomnienia o dokonaniu badania pulsoksymetrem. Pogram Domowej Opieki Medycznej ma na celu zdalne monitorowanie stanu zdrowia pacjentów. Program wykorzystuje pulsoksymetr jako narzędzie diagnostyczne i aplikację Domowa Opieka Medyczna do przekazywania i monitoringu danych pacjentów. Rosnąca liczba zakażonych koronawirusem przebywających aktualnie w izolacji domowej przekłada się na zwiększone zapotrzebowanie na opiekę medyczną. Zdalne monitorowanie stanu zdrowia chorych, którzy skorzystają z programu DOM pomoże zwiększyć ich bezpieczeństwo.  Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 lutego 2022 r | Wejście w życie 4 lutego 2022 r. | [Akt prawny: Zarządzenie-14\_2022\_DSOZ - Baza Aktów Własnych (nfz.gov.pl)](https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/153/Zarz%C4%85dzenie-14_2022_DSOZ) |
| 04.02.2022 | Zarządzenie | Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. | Projekt zarządzenia zmieniającego zarządzenie Nr 7/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 stycznia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenia uzależnień, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego wynikającego z art. 146 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1285, z późn. zm.).  Projekt zarządzenia ma na celu dostosowanie przepisów zarządzenia do noweli rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2021 r. poz. 2400), zwanej dalej "nowelą rozporządzenia", oraz wprowadzenie przepisów ogłoszonego przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji obwieszczenia z dnia 21 stycznia 2022 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży, zwanego dalej "obwieszczeniem", regulujących nowy sposób pokrywania kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień dedykowanych dzieci i młodzieży, o których mowa w załączniku 8 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285, z późn. zm.), zwanego dalej "rozporządzeniem".  Do treści przepisów § 2 ust. 1 pkt 3, pkt 6 i 10, § 5 ust. 1, § 11 ust. 1, § 12 pkt 3 i 5, § 14 ust. 2, § 18 ust. 1 pkt 2, 4, 10, 13, 21, 24 i 40 oraz § 18 ust. 7 zarządzenia zmienianego, wprowadza się załącznik nr 1a Katalog zakresów świadczeń określonych w załączniku nr 8 do rozporządzenia. Obwieszczeniem Prezesa Agencji wprowadzono nowy sposób finansowania świadczeń w zakresie I poziomu referencyjnego, tj. zespołu środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży, zwanego dalej "zespołem - I poziom referencyjny", oraz ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny, zwanego dalej "ośrodkiem - I poziom referencyjny", polegający na opłacaniu w formie ryczałtu miesięcznego, 1/3 godzin pracy personelu, w ramach których realizowane są konsylia, sesje koordynacji oraz superwizje, oraz pokryciu kosztów infrastruktury i obsługi poradni oraz dojazdów do świadczeniobiorcy. Pozostały czas pracy personel przeznacza na realizację świadczeń gwarantowanych jednostkowych, określonych w załączniku nr 8 do rozporządzenia, które Fundusz finansuje odrębnie za każde udzielone świadczenie, za pomocą wagi punkowej oraz ceny jednostkowej. W celu umożliwienia rozliczenia świadczeń w powyższy sposób, w zakresach I poziomu referencyjnego, tj. zespołu oraz ośrodka, do załącznika nr 1a w kolumnie 4 i 5 wprowadzono produkt skojarzony, który umożliwi świadczeniodawcy wystawienie stosownego rachunku obejmującego ryczałt miesięczny oraz rozliczenie produktów rozliczeniowych.  Do uregulowanego w § 2 ust. 1 słowniczka wprowadzono definicję konsylium (pkt 3a), centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży - poradnia zdrowia psychicznego - II poziom referencyjny (pkt 16a), sesji koordynacji (pkt 16b) oraz zespołu środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjnym (pkt 22). Jednocześnie w zakresach definicji określonych w § 2 ust. 1 pkt 7, 8 oraz 16 zmieniono adresy odwołań do przepisów rozporządzenia. W związku ze zmianą w załączniku nr 8 do rozporządzenia, która polegała na dodaniu 2 zakresów, czyli utworzeniu 5 zakresów w miejsce 3, w definicjach, które były uregulowane dotychczas w zarządzeniu zmienianym, należało dostosować liczbę porządkową do obowiązujących w załączniku do rozporządzenia.  W § 2 ust. 1 pkt 15 uregulowano nowe brzmienie ryczałtu miesięcznego, natomiast w pkt 13 i 19 zmieniono jedynie adresy promulgacyjne.  W przepisie § 18 ust. 1 pkt 4 zarządzenia zmienianego uregulowano nowy sposób rozliczania ryczałtu miesięcznego, polegający na dodaniu produktu skojarzonego. Przy tym jednocześnie zmieniono § 18 ust. 1 pkt 4a, w którym określono sposób sprawozdawania w ramach ww. ryczałtu, udziału w konsyliach oraz superwizjach, a także sesje koordynacji podejmowane na rzecz świadczeniobiorców. Jednocześnie ze względu na fakt, że w ramach ryczałtu miesięcznego przekazywane są środki finansowe na utrzymanie infrastruktury poradni oraz jej obsługi, reguluje się sposób użytkowania tych pomieszczeń.  Przepis § 18 ust. 1 pkt 5 i 6 określa personel jaki winien zawierać załącznik nr 2 do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w przypadku zakresów I poziomu referencyjnego, tj. zespołu oraz ośrodka, o których mowa w lp. 1 i 2 załącznika nr 8 do rozporządzenia.  Dodano przepis § 18 ust. 1 pkt 41, w którym wskazano liczbę świadczeń finansowaną przez Funduszu w zakresie I poziomu referencyjnego, tj. zespołu i ośrodka. W kolejnym przepisie, tj. pkt 42 uregulowano sposób ich sumowania do rozliczenia w miesiącu, biorąc pod uwagę czas ich trwania oraz liczbę personelu zaangażowanego w ich udzielanie. W pkt 43 wskazuje się, że pozostałe godziny pracy personel przeznacza na udział w konsyliach i superwizjach, oraz na sesje koodynacji.  W przepisie § 18 ust. 1 pkt 44 zarządzenia zmienianego reguluje się sposób dokumentowania porady psychologicznej trwającej od 80 do 100 minut, w sytuacji przeprowadzenia testów diagnostycznych, natomiast w pkt 45 - sposób sprawozdawania świadczenia w przypadku zrealizowania go przez dwie osoby.  Zmiana wprowadzona w § 18 ust. 4 dotyczy poszerzenia zakresu świadczeń jednostkowych, dla których powstaje obowiązek odnotowania w dokumentacji medycznej godziny oraz minuty ich rozpoczęcia i zakończenia. Przedmiotowa zmiana wynika ze zmiany definicji świadczeń gwarantowanych określonych w załączniku nr 8 do rozporządzenia, dla których określony został czas ich trwania. Podobnej zmiany rozszerzającej zakres świadczeń dokonano w § 18 ust. 4a zarządzenia zmienianego, gdzie dopisano świadczenie w zakresie: wizyta, porada domowa lub środowiskowa. Natomiast w ust. 4b § 18 - doprecyzowano, w ramach których świadczeń gwarantowanych jednostkowych określonych w załączniku nr 1a do zarządzenia, należy sprawozdać wynik diagnozy psychologicznej.  Ponadto, niniejszy projektem zarządzenia wprowadza się zmiany o charakterze porządkowych w zakresie:  - § 12 pkt 3 - dodaje się zakresy ambulatoryjne określone w załączniku nr 8 do rozporządzenia i wymienione w załączniku nr 1a do zarządzenia,  - § 12 pkt 4 - przepis uchyla się, ze względu na zawarcie zakresu ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny, w przepisie § 12 pkt 3,  - § 12 pkt 6 - uchyla się ze względu na zmianę brzmienia świadczenia gwarantowanego w zakresie ośrodek wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej - III poziom referencyjny,  - § 18 ust. 1 pkt 7 i 8 - z treści przepisu, usuwa się wyrazy "centrum - II poziom referencyjny oraz ośrodek - III poziom referencyjny", ze względu na fakt, że oddziały w ramach, których są udzielane świadczenia zostały określone w innych przepisach,  - § 18 ust. 1 pkt 12a - przepis dostosowuje się do wymagań wprowadzonych nowelą rozporządzenia dotyczących liczby godzin udzielania świadczeń w oddziale dziennym psychiatrycznym rehabilitacyjnym dla dzieci i młodzieży, o którym mowa w załączniku nr 8 do rozporządzenia,  - § 18 ust. 1 pkt 15a - przepis uchyla się, ze względu na zmianę finansowania I poziomu referencyjnego, w tym sesji rodzinnych, grupowych oraz sesji wsparcia psychospołecznego. Dotychczas w ramach ośrodka - I poziom referencyjny przedmiotowe świadczenia rozliczane były w ramach ryczałtu, gdzie należało sprawozdań uczestników sesji zgodnie z liczbą określoną dla poszczególnych świadczeń, natomiast do ryczałtu wliczało się jedną sesję, niezależnie od liczby uczestników. Obecnie rozliczeniu podlega sesja przy założeniu obowiązku sprawozdania wszystkich uczestników sesji. W związku z tym wprowadza się jednostkowy produkt rozliczeniowy z wagą punktową dla pierwszego uczestnika sesji - zaś dla pozostałych uczestników, jednostkowy produkt sprawozdawczy z wagą punktowa równą zero,  - § 18 ust. 1 pkt 17 - wprowadza się zastrzeżenie, że przedmiotowy przepis nie dotyczy zakresów świadczeń określonych w załączniku nr 8 do rozporządzenia. Jednocześnie w § 18 ust. 1 pkt 17a reguluje się sposób rozliczania wizyt, porad domowych lub środowiskowych, ze względu na wprowadzenie do rozporządzenia różnych czasów ich trwania, w zależności czy jest ono realizowane w tym samym dniu w jednym miejscu dla pierwszego świadczeniobiorcy czy dla kolejnego,  - § 18 ust. 1 pkt 35 - zmienia się sposób odwołania się do przepisów rozporządzenia. Zamiast wyliczenia zakresów z załącznika nr 8 do rozporządzenia, wprowadza się ogólne odwołanie do tych świadczeń,  - § 18 ust. 1 pkt 39 - w treści przepisu zmienia się stosowne odwołanie do tego zakresu w załączniku do rozporządzenia.  Do zarządzenia zmienianego wprowadza się przepis przejściowy (§ 19c), który uchyla stosowanie od 1 lutego 2022 r. zakresów świadczeń określonych w lp. 1-3 w załączniku nr 1 do zarządzenia.  Załącznik nr 1a do zarządzenia, zgodnie z § 2, stosuje się do rozliczania świadczeń określonych w załączniku nr 8 do rozporządzenia, od dnia 1 lutego 2022 r.  Zarządzenie, zgodnie z § 3, wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.  Wprowadzone zmiany wpisują się w kluczowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia cele określone w Strategii na lata 2019-2023, m.in. (cel 2) - Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Konsultacje publiczne do 17 lutego 2022 r. | [Projekty zarządzeń / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/projekty-zarzadzen/projekt-zarzadzenia-warunki-zawierania-i-realizacji-umow-opieka-psychiatryczna,6769.html) |
| 04.02.2022 | Obwieszczenie | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej | ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 742) z uwzględnieniem zmian wprowadzonych:  1) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 czerwca 2018 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń  gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. poz. 1185);  2) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń  gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. poz. 457). |  | [Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000026201.pdf) |
| 04.02.2022 | Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2022 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie wykorzystania elektronicznych stetoskopów w ramach podstawowej opieki zdrowotnej przez świadczeniobiorców zakażonych wirusem SARS-CoV-2 | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie wykorzystania elektronicznych stetoskopów w ramach podstawowej opieki zdrowotnej przez świadczeniobiorców zakażonych wirusem SARS-CoV-2, stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 48e ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.). Celem wprowadzanego programu pilotażowego w zakresie wykorzystania elektronicznych stetoskopów w ramach podstawowej opieki zdrowotnej przez świadczeniobiorców zakażonych wirusem SARS-CoV-2, zwanego dalej „programem pilotażowym”, jest ocena efektywności realizacji świadczeń opieki zdrowotnej z wykorzystaniem elektronicznych stetoskopów jako narzędzia umożliwiającego ocenę zmian osłuchowych w układzie oddechowym pacjentów z ryzykiem ciężkiego przebiegu choroby COVID–19, u których zdiagnozowano jedną z następujących chorób: chorobę nowotworową, wrodzone lub nabyte zaburzenia odporności, przewlekłą chorobę układu oddechowego, wielochorobowość (co najmniej dwie choroby przewlekłe) oraz otyłość.  Program pilotażowy będzie realizowany w trzech etapach, na które składać się będą: etap organizacji (w trakcie którego minister właściwy do spraw zdrowia dokona zakupu urządzeń, przeprowadzi akcję promocyjną dotyczącą ich wykorzystania oraz podpisze umowy z realizatorami programu pilotażowego), etap realizacji (w trakcie którego wybrani realizatorzy programu pilotażowego będą wykonywać świadczenia opieki zdrowotnej przy wykorzystaniu elektronicznych stetoskopów) oraz etap ewaluacji programu pilotażowego (który obejmie ocenę działań objętych programem pilotażowym). Program pilotażowy stanowi jeden z elementów opieki przedszpitalnej nad pacjentami z chorobą COVID–19, tak istotnej z punku widzenia szybkiego rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 wariant Omikron, który nakłada się na obecną falę zakażeń wywołanych wirusem SARS-CoV-2 wariant Delta. Mając na względzie niezwykle szybki przyrostu liczby zakażeń nowym wariantem wirusa istnieje bardzo duże ryzyko maksymalnego obciążenia systemu ochrony zdrowia, zwłaszcza w szpitalach. Dlatego w ramach programu pilotażowego przygotowane zostało rozwiązanie, które wzmocni opiekę przedszpitalną nad pacjentami w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, u których zdiagnozowano zakażenie wirusem SARS-CoV-2 i zapewni im opiekę z wykorzystaniem narzędzi telemedycznych we wczesnym stadium choroby. W ramach programu pilotażowego elektroniczne stetoskopy będą wykorzystywane jako narzędzia umożliwiające ocenę zmian osłuchowych w układzie oddechowym pacjentów z ryzykiem ciężkiego przebiegu zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Lekarz odsłuchujący zapis badania pacjenta, jest w stanie stwierdzić rozpoczynające się nawet na wczesnym etapie stany zapalne lub inne patologie dróg oddechowych. Ma to ogromne znaczenie w pandemii COVID-19. Wczesna profilaktyka, poprzez wykrycie fenomenów osłuchowych, może zapobiec progresji zmian, a tym samym spowodować adekwatną reakcję lekarza. Wcześniejsze podanie odpowiednich leków lub zalecenie zgłoszenia się do placówki medycznej w celu dokonania oceny radiologicznej klatki piersiowej może uratować zdrowie lub życie pacjenta.  Należyta staranność konieczna do realizacji tych świadczeń zapewniona zostanie przez stałą konsultację lekarską za pomocą porady lub teleporady, w trakcie korzystania ze stetoskopu. Istotną częścią programu jest, aby pacjenci biorący udział w programie pilotażowym, przed przystąpieniem do niego zostali włączeni do programu Pulsocare. Założeniem programu Pulsocare jest wprowadzenie bieżącego monitoringu stanu zdrowia pacjentów pozostających w izolacji domowej. Pulsoksymetr w prosty sposób sprawdza funkcjonowanie płuc. Pacjentom wykorzystującym pulsoksymetr w ramach programu Pulsocare zapewniony zostanie stały monitoring parametrów życiowych, prowadzony przez Centrum Kontaktu Domowej Opieki Medycznej powołane przez ministra właściwego do spraw zdrowia.  Równoległe korzystanie przez pacjentów z obu urządzeń stanowi kompleksowe podejście do monitorowania ich stanu, a to gwarantuje najwyższą jakość i zwiększa bezpieczeństwo badanych pacjentów, co jest szczególnie istotne w grupach zagrożonych szybką progresją stanu zapalnego w okresie pandemii. Realizacja świadczeń z wykorzystaniem elektronicznych stetoskopów równolegle z pulsoksymetrem oraz przy wykorzystaniu możliwości funkcjonalnych platformy DOM ogranicza ryzyko gwałtownego pogorszenia się stanu klinicznego pacjenta. | Wejście w życie 4 lutego 2022 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2022 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie wykorzystania elektronicznych stetoskopów w ramach podstawowej opieki zdrowotnej przez świadczeniobiorców zakażonych wirusem SARS-CoV-2 (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000025701.pdf) |
| 03.02.2022 | Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego | W rozporządzeniu dodaje się świadczenia gwarantowane:  - leczenie chirurgiczne z zastosowaniem systemu robotowego;  - leczenie chirurgiczne raka gruczołu krokowego z zastosowaniem systemu robotowego | Wejście w życie 1 kwietnia 2022 r. | [ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 25 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000024501.pdf) |
| 02.02.2022 | Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 13/2022/DSOZPREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 28 stycznia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 | Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 217/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 jest wykonaniem polecenia Ministra Zdrowia z 26 stycznia 2021 r., znak: DLU.736.24.2022.KM, zmienionego poleceniem z 27 stycznia 2022 r., znak: DLU.736.26.2022.KM.Wprowadzona niniejszym zarządzeniem zmiana ma na celu zwiększenie dostępności do diagnostyki SARS-CoV-2 poprzez wprowadzenie możliwości wykonania testów antygenowych w medycznych laboratoriach diagnostycznych i mobilnych punktach pobrań. W aktualnej sytuacji epidemicznej niezbędne jest bowiem uruchomienie kolejnych punktów testowania antygenowego w celu zidentyfikowania przypadków z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2.Stosownie do powyższego dokonano modyfikacji załącznika nr 1 do zarządzenia (Wzór wykazu) oraz załącznika nr 2 do zarządzenia (Katalog produktów rozliczeniowych). | Wejście w życie 28 stycznia 2022 r. | [Akt prawny: Zarządzenie-13\_2022\_DSOZ - Baza Aktów Własnych (nfz.gov.pl)](https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/149/Zarz%C4%85dzenie-13_2022_DSOZ) |
| 01.02.2022 | Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 12/2022/DSOZPREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 27 stycznia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 | Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 217/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 jest wykonaniem polecenia Ministra Zdrowia z 26 stycznia 2021 r., znak: DLU.736.24.2022.KM.Mając na względzie pogarszającą się sytuację epidemiczną, której rezultatem jest stale zwiększająca się liczba osób zakażonych wirusem SARS-CoV-2, co przekłada się na zwiększoną liczbę osób wymagających izolacji, zasadne jest zwiększenie liczby funkcjonujących dotychczas izolatoriów. Zmiana brzmienia przepisu § 3 ust. 13 dokonana w niniejszym zarządzeniu ma na celu umożliwienie bieżącego dostosowywania liczby utworzonych na terenie danego województwa izolatoriów do aktualnej sytuacji epidemicznej tak, aby zapewnić konieczną opiekę dla osób zakażonych wirusem SARSCoV-2.Kolejna wprowadzona niniejszym zarządzeniem zmiana ma na celu zwiększenie dostępności do diagnostyki SARS-CoV-2, poprzez wprowadzenie możliwości wykonania testów antygenowych w aptekach ogólnodostępnych. Potrzeba rozszerzenia działalności apteki o wykonywanie testów antygenowych przez farmaceutów podyktowana jest pojawieniem się wariantu koronawirusa Omikron, który wykazuje duży potencjał zakaźny. W takim przypadku pojawia się ryzyko szybkiego rozprzestrzeniania się epidemii i zwiększenia dynamiki zakażeń. W związku z powyższym, niezbędne jest uruchomienie kolejnych punktów testowania w celu zidentyfikowania przypadków z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2. W tym celu utworzono nowe produkty rozliczeniowe: 99.05.0009 Wykonanie testu antygenowego na obecność wirusa SARS-CoV-2 o wartości 35,83 (obejmuje koszty: pobrania materiału biologicznego, testu antygenowego i wykonania testu; finansowaniu podlegają tylko testy antygenowe, których wykonanie zostało zlecone w systemie CeZ; konieczność sprawozdania wyniku testu diagnostycznego) oraz 99.05.0010 Wykonanie testu antygenowego na obecność wirusa SARS-CoV-2 (bez kosztu testu)o wartości 23,24 zł (obejmuje koszty: pobrania materiału biologicznego i wykonania testu (bez kosztu testu); finansowaniu podlegają tylko testy antygenowe, których wykonanie zostało zlecone w systemie CeZ; konieczność sprawozdania wyniku testu diagnostycznego). Stosownie do powyższego dokonano modyfikacji załącznika nr 1 do zarządzenia (Wzór wykazu).Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący. | Wejście w życie 28 stycznia 2022 r. | [Akt prawny: Zarządzenie-12\_2022\_DSOZ - Baza Aktów Własnych (nfz.gov.pl)](https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/145/Zarz%C4%85dzenie-12_2022_DSOZ) |
| 01.02.2022 | Zarządzenie | Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 lutego 2022 r. w sprawie zakresu czynności Sekretarza Stanu i Podsekretarzy Stanu oraz Dyrektora Generalnego w Ministerstwie Zdrowia | Ustala się zakres czynności Sekretarza Stanu i Podsekretarzy Stanu w Ministerstwie Zdrowia dla wykonywania zadań należących do kompetencji Ministra Zdrowia, a także Dyrektora Generalnego Ministerstwa Zdrowia. | Wejście w życie 1 lutego 2022 r. | [Zarządzenie z dnia 1 lutego 2022 r. (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2022/13/akt.pdf) |
| 01.02.2022 | Zarządzenie | Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie powołania Zespołu do spraw wypracowania rozwiązań w zakresie farmacji klinicznej oraz działalności farmaceutów w podmiotach leczniczych wraz z wykazem badań diagnostycznych wykonywanych przez farmaceutów | W skład Zespołu do spaw wypracowania rozwiązań w zakresie farmacji klinicznej oraz działalności farmaceutów w podmiotach lecznicach wraz z wykazem badań diagnostycznych wykonywanych przez farmaceutów wchodzą Konsultant krajowy w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej oraz przedstawiciel Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych | Wejście w życie 1 lutego 2022 r. | [Zarządzenie z dnia 31 stycznia 2022 r. (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2022/12/akt.pdf) |
| 01.02.2022 | Zarządzenie | Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 stycznia 2022 r. w sprawie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom | Nadanie statusu Krajowemu Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.  Traci moc zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2010 r. w sprawie Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 54 oraz z 2013 r. poz. 38) | Wejście w życie 1 lutego 2022 r. | [Zarządzenie z dnia 28 stycznia 2022 r. (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2022/11/akt.pdf) |
| 01.02.2022 | Zarządzenie | Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 stycznia 2022 r. w sprawie ustanowienia Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 | Pełnomocnikiem Ministra Zdrowia do spraw Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 jest prof. dr hab. n. med. Tomasz Hryniewiecki.  Do zadań Pełnomocnika należy:  1) ocena prowadzonych działań z zakresu chorób układu krążenia w Rzeczypospolitej Polskiej;  2) koordynacja przygotowania i wdrożenia Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032, zwanego dalej „Programem”;  3) monitorowanie efektów realizacji Programu, w tym realizacji Krajowej Sieci Kardiologicznej;  4) koordynacja przygotowania rocznych harmonogramów realizacji Programu uwzględniających podział środków finansowych pomiędzy poszczególne obszary i działania Programu;  5) koordynacja sprawozdawczości;  6) wykonywanie innych zadań zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia. | Wejście w życie 28 stycznia 2022 r. | [Zarządzenie z dnia 27 stycznia 2022 r. (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2022/10/akt.pdf) |
| 01.02.2022 | Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej | 1) Taryfy, które były ustalone przed dniem 1 lipca 2021 r. przygotowywane były bez uwzględnienia zmian dotyczących współczynników korygujących oraz przed wejściem w życie regulacji obligujących do obniżania tych współczynników. Taryfy ustalone przed tą datą nie uwzględniają zatem w swojej strukturze mechanizmu obniżania współczynników korygujących. Wzrost kwoty zobowiązania spowodowany zaimplementowaniem wskazanych taryf nie powinien więc prowadzić do obniżenia współczynników korygujących.  2) Obecnie, zmniejszenie współczynników korygujących odnosi się do całości umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co powoduje, że kwoty wynikające z podniesienia wyceny świadczeń są w dużej mierze równoważone przez wzrost wynagrodzeń.  3) Ustalenie jednolitego postępowania w przypadku zmiany przez Prezesa Funduszu w trakcie realizacji umowy przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy lub zmiany warunków umowy wynikającej z zarządzenia Prezesa Funduszu określającego przedmiot oraz szczegółowe warunki zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, poprzez wskazanie, że w takiej sytuacji nowe warunki obowiązują od dnia wejścia tego zarządzenia w życie.  Proponuje się:  1) doprecyzowanie w przepisie § 16 ust. 4f pkt 1 i 5 stosowania zasady obniżenia współczynnika korygującego w przypadku wzrostu taryfy świadczeń opieki zdrowotnej ustalonej po dniu 1 lipca 2021r.  2) skorygowanie mechanizmu obniżania współczynników korygujących w taki sposób, aby w przypadku świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), szpitalnych oddziałów ratunkowych i izb przyjęć, kwoty współczynników były pomniejszane proporcjonalnie do udziału danego rodzaju świadczeń lub ryczałtu PSZ w kwocie zobowiązania dla całej umowy.  3) Świadczeniodawca, który nie zgadza się na nowe warunki będzie mógł rozwiązać umowę z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia, pod warunkiem, że złoży oświadczenie o wypowiedzeniu w terminie tygodnia od dnia wejścia zarządzenia w życie. Zgodnie z treścią §2 projektowanego rozporządzenia zasada ta ma zastosowanie także do zarządzeń, których zmiany miały miejsce przed dniem wejścia w życie projektowanego rozporządzenia. | Wejście w życie 7 lutego 2022 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000023601.pdf) |
| 01.02.2022 | Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2021 r. w sprawie wykazu substancji czynnych wchodzących w skład produktów leczniczych, które mogą być dopuszczone do obrotu w placówkach obrotu pozaaptecznego oraz punktach aptecznych, oraz kryteriów klasyfikacji tych produktów do poszczególnych wykazów | Rozporządzenie określa:  1) wykaz substancji czynnych wchodzących w skład produktów leczniczych, które mogą być dopuszczone do obrotu w placówkach obrotu poza aptecznego oraz punktach aptecznych, w podziale na wykazy tych produktów obowiązujące:  a) punkty apteczne,  b) placówki obrotu poza aptecznego:  – sklepy zielarsko-medyczne,  – sklepy specjalistyczne zaopatrzenia medycznego i sklepy ogólnodostępne;  2) kryteria klasyfikacji produktów leczniczych do wykazów o których mowa powyżej | Wejście w życie 10 lutego 2022 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2021 r. w sprawie wykazu substancji czynnych wchodzących w skład produktów leczniczych, które mogą być dopuszczone do obrotu w placówkach obrotu pozaaptecznego oraz punktach aptecznych, oraz kryteriów klasyfikacji tych produktów do poszczególnych wykazów (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000020801.pdf) |
| 01.02.2022 | Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym | Konieczność zapewnienia dostępności miejsc w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym w Gostyninie, zwanym dalej „Ośrodkiem”, jest niezbędne dla umożliwienia wykonania orzeczeń sądowych o uznanie osoby za stwarzającą zagrożenie w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób.  W wyniku zmian wprowadzonych w statucie Ośrodka może on posiadać oddziały zamiejscowe na obszarze swojego działania, dla których jest niezbędne wskazanie wymagań jakie muszą one spełniać, stosownie do rodzaju wykonywanej działalności, wraz ze wskazaniem warunków zabezpieczenia w celu zapobieżenia samowolnemu oddaleniu się osób poza oddział zamiejscowy oraz przeciwdziałania zachowaniom zagrażającym życiu i zdrowiu ludzkiemu. | Wejście w życie 9 lutego 2022 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000019201.pdf) |
| 01.02.2022 | Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia | Konieczność zapewnienia większej efektywności wykonywanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”, zadań w obszarze profilaktyki zdrowotnej oraz promocji.  Projekt rozporządzenia zmienia strukturę organizacyjną:  1) centrali Funduszu przez:  a) przekształcenie Biura Komunikacji Społecznej w Biuro Komunikacji Społecznej i Promocji,  b) przekształcenie Departamentu Obsługi Klientów w Departament Obsługi Klientów i Profilaktyki,  c) likwidację Biura Profilaktyki Zdrowotnej;  2) oddziałów wojewódzkich Funduszu przez:  a) przekształcenie Zespołu Komunikacji Społecznej w Zespół Komunikacji Społecznej i Promocji,  b) przekształcenie Wydziału Obsługi Klientów w Wydziału Obsługi Klientów i Profilaktyki,  c) likwidację Zespołu Polityki Zdrowotnej. | Konsultacje publiczne do 15 lutego 2022 r. | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12356052/12851803/12851804/dokument541495.pdf) |
| 01.02.2022 | Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego | Projektowane rozporządzenie zmieniające rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 lutego 2021 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Dz. U. poz. 351, z późn. zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem”, jest wydawane na podstawie art. 34 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2021 r. poz. 2069, z późn. zm.). W projekcie rozporządzenia wprowadza się zmiany, których celem jest skrócenie izolacji w warunkach domowych w przypadku osób wykonujących zawód medyczny, żołnierzy i pracowników Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej lub żołnierzy i personel cywilny wojsk sojuszniczych, funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Służby Ochrony Państwa, oraz okresu odbywania obowiązkowej kwarantanny dla tej grupy osób, a także skrócenie okresu wykonywania testów antygenowych, które skutkują zwolnieniem ww. osób z obowiązkowej kwarantanny.  W projekcie rozporządzenia wprowadza się zmiany, których celem jest:  1) zmiana zasady odbywania izolacji w warunkach domowych w przypadku żołnierzy i pracowników Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, żołnierzy wojsk obcych i ich personelu cywilnego, żołnierzy, funkcjonariuszy i pracowników Służby Kontrwywiadu Wojskowego i Służby Wywiadu Wojskowego, funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Służby Ochrony Państwa, polegająca na skróceniu tej izolacji do 7 dni od daty uzyskania pierwszego dodatniego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 oraz wprowadzenia możliwości odbycia tej izolacji w okresie nie krótszym niż 5 dni w przypadku uzyskania negatywnego  wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 (którego wynik musi być przekazany do systemu EWP);  2) skrócenie okresu odbywania obowiązkowej kwarantanny dla osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej osobom chorym na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2, osób będących żołnierzami lub pracownikami Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, żołnierzami wojsk obcych lub ich personelem cywilnym, żołnierzami, funkcjonariuszami lub pracownikami Służby Kontrwywiadu Wojskowego lub Służby Wywiadu Wojskowego, funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Służby Ochrony Państwa, a także skrócenie okresu wykonywania testów antygenowych, które skutkują zwolnieniem ww. osób z obowiązkowej kwarantanny.  Skrócenie powyższych terminów stanowi konsekwencję wprowadzonych już zmian w zakresie skrócenia okresu kwarantanny dla ogółu osób, co było poprzedzone analizą obserwowanych zmian przebiegu klinicznego zakażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz przebiegiem wywołanej nim choroby COVID-19.  W rozporządzeniu nowelizującym przewidziano przepis przejściowy, który sankcjonuje zachowanie przepisów dotychczasowych do osób, które w dniu wejścia w życie rozporządzenia podlegają obowiązkowej kwarantannie albo obowiązkowej izolacji. | Wejście w życie 2 lutego 2022 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000023501.pdf) |
| 01.02.2022 | Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia | Przedmiotem projektu rozporządzenia jest wprowadzenie nowej dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia – psychoterapii uzależnień, w której osoby zainteresowane będą mogły odbywać szkolenie specjalizacyjne. Powyższe przyczyni się do poprawy opieki w obszarze ochrony zdrowia w zakresie leczenia uzależnień. Ustawa z dnia 17 listopada 2021 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2469) uwzględnia zmiany dotyczące systemu szkolenia w dziedzinie uzależnienia, które od dnia 1 stycznia 2022 r. jest prowadzone przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, które powstało w wyniku połączenia Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, zwanego dalej „KBPN”, z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Zmiany te wpisują się w funkcjonujący system prowadzenia szkoleń i uzyskiwania tytułu specjalisty w określonych dziedzinach ochrony zdrowia, wprowadzony ustawą z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia i przyczynią się do skoordynowania systemu szkoleń w dziedzinie uzależnienia, w którym istnieją obecnie trzy ścieżki dochodzenia do certyfikatu od dnia 1 stycznia 2022 r. prowadzone przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (dwie obsługiwane do dnia 31 grudnia 2021 r. przez KBPN, a jedna przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych).  Umiejscowienie systemu szkolenia w dziedzinie psychoterapii uzależnień w funkcjonującym systemie prowadzenia szkoleń wynikającym z przepisów ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia przyczyni się do uzyskania transparentnych i wystandaryzowanych warunków i trybu uzyskiwania akredytacji do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w zakresie psychoterapii uzależnień. Dotychczasowe regulacje zawarte w przepisach ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2020 r. poz. 2050, z późn. zm.) charakteryzowały się znacznie większym stopniem ogólności i nie odnosiły się do wielu ważnych aspektów występujących w procesie uzyskiwania akredytacji do prowadzenia szkolenia. W przepisach ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii nie znajdowały szczegółowego uregulowania kwestie dotyczące treści kształcenia w dziedzinie psychoterapii uzależnień. Przepisy ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia wskazują jasne standardy opracowania treści kształcenia i sposobu jego realizacji oraz regulują sposób prowadzenia nadzoru nad realizowanymi szkoleniami, co nie jest w żaden sposób uregulowane w dotychczas istniejącym systemie szkolenia w dziedzinie uzależnienia.  Osoba posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie psychoterapii uzależnień będzie przygotowana do prowadzenia psychoterapii osób z zaburzeniami związanymi z używaniem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych, zaburzeniami nawyków i popędów oraz bliskich tych osób. Rozwiązanie to spowoduje, iż system opieki zdrowotnej wzbogaci się o wysoko wyspecjalizowaną kadrę medyczną, która udzielać będzie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia uzależnień w warunkach stacjonarnych, dziennych i ambulatoryjnych. Kształcenie prowadzone w trybie szkolenia specjalizacyjnego zapewni pełny nadzór nad jakością kształcenia oraz kompetencjami przyszłych specjalistów. Szkolenie specjalizacyjne prowadzone byłoby w jednostkach akredytowanych, w oparciu o program specjalizacji zatwierdzony przez ministra właściwego do spraw zdrowia. | Konsultacje publiczne do 3 lutego 2022 r. | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12355951/12850761/12850762/dokument541126.pdf) |
| 01.02.2022 | Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie nadania statusu uzdrowiska sołectwom Złockie, Szczawnik oraz Jastrzębik, położonym na obszarze gminy Muszyna | Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1301), zwanej dalej „ustawą uzdrowiskową”, działalność uzdrowiskowa może być prowadzona na terenie obszaru, który uzyskał status uzdrowiska. Obszar ten powinien spełniać warunki określone w art. 34 ust. 1 ustawy uzdrowiskowej, tj.: posiadać złoża naturalnych surowców leczniczych o potwierdzonych właściwościach leczniczych, posiadać klimat o właściwościach leczniczych, powinny znajdować się na nim zakłady lecznictwa uzdrowiskowego i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego, przygotowane do prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego, powinien spełniać wymagania określone w przepisach o ochronie środowiska w stosunku do środowiska, powinien posiadać infrastrukturę techniczną w zakresie gospodarki wodno-ściekowej, energetycznej, w zakresie transportu zbiorowego, a także prowadzić gospodarkę odpadami. Burmistrz Miasta i Gminy Uzdrowiskowej Muszyna wystąpił do Ministra Zdrowia z prośbą o nadanie statusu odrębnego uzdrowiska sołectwom Złockie, Szczawnik oraz Jastrzębik, położonym na obszarze gminy Muszyna, które aktualnie znajdują się granicach uzdrowiska Muszyna. Składając w dniu 1 października 2018 r. operat uzdrowiskowy dla obszaru Złockie, Burmistrz Miasta i Gminy Uzdrowiskowej Muszyna wyodrębnił z granic uzdrowiska Muszyna przedmiotowy obszar, w konsekwencji umożliwiając wydanie niniejszego rozporządzenia.  Minister Zdrowia, po analizie złożonego w dniu 1 grudnia 2008 r. operatu uzdrowiskowego, na podstawie art. 40 ust. 2 ustawy uzdrowiskowej uznał, mocą decyzji nr MZ-OZU-520-16486-3/GR/09 z dnia 1 lipca 2009 r., że miejscowość Złockie spełnia warunki zawarte w art. 34 ust. 1 ustawy uzdrowiskowej, konieczne do potwierdzenia możliwości prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego, a tym samym, że warunki środowiskowe, występujące naturalne surowce, klimat oraz zlokalizowane zakłady lecznictwa uzdrowiskowego i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego gwarantują możliwość prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego w uzdrowisku Złockie. Powyższe znajduje odzwierciedlenie w aktualnych danych, przekazanych przez Burmistrza Miasta i Gminy Uzdrowiskowej Muszyna w operacie z dnia 1 października 2018 r. Zatem, zgodnie z art. 42 ust. 2 ustawy uzdrowiskowej istnieją przesłanki uzasadniające wydanie przedmiotowego rozporządzenia Rady Ministrów. | Konsultacje publiczne do 25 lutego 2022 r. | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/3/12355950/12850702/12850703/dokument541116.pdf) |
| 27.01.2022 | Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie przeprowadzania okresowych badań lekarskich strażaka ratownika Ochotniczej Straży Pożarnej oraz badań lekarskich kandydata na strażaka Ochotniczej Straży Pożarnej | Konieczność opracowania niniejszego rozporządzenia jest związana z wejściem w życie ustawy z dnia 17 grudnia 2021 r. o ochotniczych strażach pożarnych, która uchyliła rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 listopada 2009 r. w sprawie przeprowadzania okresowych bezpłatnych badań lekarskich członka ochotniczej straży pożarnej biorącego bezpośredni udział w działaniach ratowniczych (Dz. U. poz. 1627). Projekt rozporządzenia określa tryb, sposób, częstotliwość oraz zakres przeprowadzania okresowych badań lekarskich strażaka ratownika Ochotniczej Straży Pożarnej (OSP) stwierdzających brak przeciwwskazań do udziału w działaniach ratowniczych, jak również badań lekarskich kandydata na strażaka ratownika OSP stwierdzających brak przeciwwskazań do udziału w szkoleniu podstawowym przygotowującym do bezpośredniego udziału w działaniach ratowniczych w wieku 16-18 lat, dopuszczonych do szkolenia podstawowego.  W projekcie rozporządzenia doprecyzowano względem poprzednich regulacji zakres badań w rozbiciu na wiek strażaków ratowników OSP, w związku z dopuszczeniem do szkoleń kandydatów na strażaków ratowników OSP w wieku 16–18 lat. W efekcie jest przewidywany znaczny wzrost zainteresowania młodzieży obszarów wiejskich przynależnością do ochotniczych straży pożarnych oraz poprawą poziomu przygotowania tych stowarzyszeń do udziału w działaniach ratowniczych.  Doprecyzowano zakres badań lekarskich, który z uwagi na profesjonalizację strażaków ratowników OSP, a także dysponowanie ich do samodzielnych działań ratowniczych wpłynie na poprawę bezpieczeństwa samych strażaków ratowników OSP. Rozporządzenie wpisuje się wciąg działań zrównujących poziomem uprawnień do funkcjonariuszy Państwowej Straży Pożarnej. | Konsultacje publiczne do 1 lutego 2022 r. | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12355902/12850438/12850439/dokument540938.pdf) |
| 27.01.2022 | Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie diagnostycznych poziomów referencyjnych | Projekt rozporządzenia w sprawie diagnostycznych poziomów referencyjnych stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 33g ust. 3 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 13 czerwca 2019 r. o zmianie ustawy – Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. poz. 1593 oraz z 2020 r. poz. 284). Zgodnie z tym upoważnieniem minister właściwy do spraw zdrowia określi diagnostyczne poziomy referencyjne, mając na względzie konieczność zapewnienia ich aktualności oraz bezpieczeństwo pacjentów poddawanych medycznym procedurom radiologicznym.  Diagnostyczne poziomy referencyjne zostały zdefiniowane w znowelizowanej ustawie z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (art. 3 pkt 6a) jako „poziom dawki w rentgenodiagnostyce i w radiologii zabiegowej lub, w przypadku produktów radiofarmaceutycznych, poziom aktywności tych produktów w odniesieniu do typowych badań diagnostycznych i zabiegów, którym poddawani są pacjenci o standardowej budowie ciała lub które przeprowadzane są na standardowych fantomach w odniesieniu do szeroko określonych kategorii sprzętu”. Konieczność określenia diagnostycznych poziomów referencyjnych w prawie krajowym wynika bezpośrednio z art. 56 ust. 2 wdrażanej dyrektywy 2013/59/Euratom ustanawiającej podstawowe normy bezpieczeństwa w celu ochrony przed zagrożeniami wynikającymi z narażenia na działanie promieniowania jonizującego oraz uchylającej dyrektywy 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom i 2003/122/Euratom (Dz. Urz. UE L 13 z 17.01.2014, z późn. zm.).  Nowelizacja ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe, w ślad za wymaganiami ww. dyrektywy 2013/59/EURATOM, nałożyła na jednostki ochrony zdrowia obowiązek stosowania – podczas realizacji procedur szczegółowych – diagnostycznych poziomów referencyjnych dla badań rentgenodiagnostycznych, badań diagnostycznych z zakresu medycyny nuklearnej oraz z zakresu radiologii zabiegowej. Realizację obowiązku ustanowienia diagnostycznych poziomów referencyjnych w prawie krajowym proponuje się dokonać poprzez ich określenie na poziomie aktu wykonawczego do ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe, przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Jednocześnie ustawodawca zapewnił obowiązek dokonywania regularnych (nie rzadziej niż co 5 lat) przeglądów diagnostycznych poziomów referencyjnych przez wskazaną instytucję podległą temu ministrowi (Krajowe Centrum Ochrony Radiologicznej w Ochronie Zdrowia). Jednostka ta będzie sprawozdawać ministrowi właściwemu do spraw zdrowia ustalone na podstawie przeglądu wyniki. W konsekwencji dokonanego przeglądu minister odpowiedzialny za publikację diagnostycznych poziomów referencyjnych uzyska dane o ich aktualności (także z punktu widzenia dostępnych europejskich zaleceń w tym zakresie). W przypadku potrzeby aktualizacji wykazu diagnostycznych poziomów referencyjnych, minister właściwy do spraw zdrowia będzie mógł wydać nowe lub dokonać zmiany rozporządzenia obejmujące przedmiotowy wykaz zgodnie z wytycznymi określonymi w art. 33g ust. 3 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe. | Konsultacje publiczne do 24 lutego 2022 r. | [dokument540915.pdf (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12355901/12850395/12850396/dokument540915.pdf) |
| 27.01.2022 | Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki | Projekt rozporządzenia doprecyzowuje wymagania stawiane podmiotom prowadzącym apteki oraz aktualizuje je w sposób zapewniający zgodność projektowanych regulacji z obowiązującymi przepisami rangi ustawowej. Wprowadzone zmiany pozwolą na dostosowanie wymogów określonych w rozporządzeniu do regulacji zawartych w innych aktach prawnych oraz aktualnych realiów związanych z prowadzeniem apteki, w szczególności sposobu prowadzenia, weryfikacji oraz zabezpieczenia dokumentacji aptecznej prowadzonej w systemie elektronicznym, co pozwoli na ograniczenie prowadzenia tej dokumentacji w wersji papierowej. Regulacje zawarte w nowym rozporządzeniu pozwolą na zwiększenie nadzoru nad jakością surowców farmaceutycznych, produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych przechowywanych w aptece przez objęcie warunków ich przechowywania całodobowym nadzorem, jak również wprowadzenie obowiązku okresowego kierowania do badań leków recepturowych, leków aptecznych oraz produktów leczniczych homeopatycznych sporządzanych w aptekach oraz sprzętu niezbędnego do ich sporządzenia, co będzie miało wpływ na polepszenie jakości oraz zwiększenie bezpieczeństwa stosowanych przez pacjentów tych leków oraz produktów.  W celu zapewnienia odpowiedniej jakości leków przewidziano, że apteki będą obowiązane do całodobowego monitorowania temperatury i wilgotności pomieszczeń, w których sporządza się leki recepturowe i apteczne oraz produkty lecznicze homeopatyczne oraz w pomieszczeniach i urządzeniach chłodniczych służących do przechowywania produktów leczniczych, surowców farmaceutycznych i wyrobów medycznych.  Przyjęte rozwiązania mają również zapewnić lepszy nadzór nad sporządzanymi przez apteki lekami. Kształtując przepisy projektowanego rozporządzenia kierowano się rozwiązaniami stosowanymi w przypadku produktów leczniczych wprowadzonych do obrotu przez wytwórców. Przewidziano wykorzystanie laboratoriów kontroli jakości leków działających przy wojewódzkich inspektoratach farmaceutycznych, do kontroli urządzeń używanych do sporządzania leków recepturowych, leków aptecznych i produktów leczniczych homeopatycznych, w celu zapewnienia odpowiedniej jakości tych leków i produktów.  Zaktualizowano wymogi dotyczące prowadzenia dokumentacji aptecznej, w oparciu o aktualne regulacje, jak również określono sposób archiwizowania danych, w szczególności prowadzonych w systemie  elektronicznym. W celu weryfikacji osób dokonujących czynności fachowych uregulowano sposób dostępu i potwierdzania tożsamości pracownika fachowego wydającego lub przyjmującego lek.  Przewidziano obowiązek zabezpieczania dostępu do konta po opuszczeniu stanowiska pracy przez pracownika oraz określono sposób przechowywania i zabezpieczenia danych w systemie elektronicznym.  Rozszerzono zakres prowadzonej dokumentacji aptecznej o dokumenty dotyczące nieodpłatnego nabywania, zbywania lub przesunięć międzymagazynowych produktów leczniczych, ewidencję warunków sporządzania oraz przechowywania produktów leczniczych. Czynności wykonywane przy przyjmowaniu do apteki produktów leczniczych rozszerzono o obowiązek kontroli warunków, w jakich odbywał się transport oraz obowiązek weryfikacji autentyczności produktu zgodnie z rozporządzeniem delegowanym Komisji (UE) 2016/161 z dnia 2 października 2015 r. uzupełniającego dyrektywę 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady przez określenie szczegółowych zasad dotyczących zabezpieczeń umieszczanych na opakowaniach produktów leczniczych stosowanych u ludzi (Dz. Urz. UE L 32 z 09.02.2016, str. 1). | Konsultacje publiczne do 24 lutego 2022 r. | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12355856/12850260/12850261/dokument540826.pdf) |
| 27.01.2022 | Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu informacji gromadzonych w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia oraz sposobu i terminów przekazywania tych informacji | Ze względu na nie ukończenie prac projektowych nad oprogramowaniem Rządowego Centrum Bezpieczeństwa, zwanego dalej „RCB”, zachodzi konieczność nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2021 r. w sprawie zakresu informacji gromadzonych w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia oraz sposobu i terminów przekazywania tych informacji (Dz. U. poz. 614), zwanego dalej „rozporządzeniem”. Przedmiotowa nowelizacja dokonuje przesunięcia terminu z dnia 1 stycznia 2022 r. na dzień 1 lipca 2022 r., od którego usługodawcy będący podmiotami leczniczymi wykonującymi działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom z podejrzeniem o zakażenie i potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, będą obowiązani do raportowania do RCB danych dotyczących:  1) pacjentów z podejrzeniem o zakażenie i potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (takich jak: wiek, płeć, numer w wykazie głównym przyjęć i wypisów, stan pacjenta według modyfikowanej skali wczesnego ostrzegania (skali MEWS), prowadzona tlenoterapia);  2) liczby łóżek i ich wykorzystania.  Konsekwencją powyższych zmian jest także konieczność zmiany terminu, do którego usługodawcy byli obowiązani przekazywać dane dotyczące liczby łóżek i ich wykorzystania, w postaci elektronicznej jednostce podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia. Projekt rozporządzenia wydłuża termin wskazany w § 7 ust. 2 rozporządzenia z dnia 31 grudnia 2021 r. na dzień 30 czerwca 2022 r.  Projekt rozporządzenia przedłuża termin, w którym przekazywanie danych do Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia, będzie następować na aktualnie obowiązujących zasadach. Zastosowanie przepisów z mocą wsteczną pozwoli na wyeliminowanie sytuacji, w której od dnia 31 grudnia 2021 r. przekazywanie przez usługodawców informacji na temat liczby łóżek i ich wykorzystania jednostce podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, następować będzie bez umocowania w obowiązujących przepisach prawa. | Skierowanie aktu do ogłoszenia | [dokument540823.docx (live.com)](https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Flegislacja.gov.pl%2Fdocs%2F%2F516%2F12355855%2F12850257%2Fdokument540823.docx&wdOrigin=BROWSELINK) |
| 25.01.2022 | Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 11/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 25 stycznia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 | W zarządzeniu Nr 217/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, załącznik nr 2 do zarządzenia otrzymuje nowe brzmienie | Wejście w życie 26 stycznia 2022 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-112022dsoz,7482.html) |
| 25.01.2022 | Obwieszczenie | Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 17 listopada 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodzie fizjoterapeuty | ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2021 r. poz. 553), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych ustawą z dnia 24 czerwca 2021 r. o zmianie ustawy o Agencji Badań Medycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1559) oraz zmian wynikających z przepisów ogłoszonych przed dniem 17 listopada 2021 r. |  | [Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 17 listopada 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodzie fizjoterapeuty (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000016801.pdf) |
| 25.01.2022 | Obwieszczenie | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 24 listopada 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie badań psychologicznych osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami, kierowców oraz osób wykonujących pracę na stanowisku kierowcy | ogłasza się w jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2014 r. w sprawie badań psychologicznych osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami, kierowców oraz osób wykonujących pracę na stanowisku kierowcy (Dz. U. poz. 937), z uwzględnieniem zmiany wprowadzonej rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 lipca 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie badań psychologicznych osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami, kierowców oraz osób wykonujących pracę na stanowisku kierowcy (Dz. U. poz. 1294). |  | [OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 24 listopada 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie badań psychologicznych osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami, kierowców oraz osób wykonujących pracę na stanowisku kierowcy (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000016501.pdf) |
| 25.01.2022 | Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 | Ze względu na przewidywany znaczny wzrost zakażeń nowym wariantem wirusa SARS-CoV-2 istnieje konieczność zwiększenia poziomu zabezpieczenia opieki przedszpitalnej populacji pacjentów powyżej 60. roku życia zakażonym lub podejrzanym o zakażenie, u których ze względu na częstość występowania chorób współistniejących przebieg zakażenia może mieć niekorzystny przebieg.  Proponuje się w odniesieniu do pacjentów powyżej 60. roku życia, skierowanych do odbycia izolacji w warunkach domowych, aby lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 października 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (Dz. U. z 2020 r. poz. 1749, z późn. zm.), nie później niż w ciągu 48 godzin odbywania tej izolacji udzielał pacjentowi porady, podczas której na podstawie badania fizykalnego dokonywał oceny stanu zdrowia pacjenta. W przypadku gdy termin upływa w dniu uznanym ustawowo za wolny od pracy lub w sobotę, porada odbywa się następnego dnia, który nie jest dniem wolnym od pracy ani sobotą. Badanie fizykalne pacjenta w zależności od stanu klinicznego może odbyć się w poradni podstawowej opieki zdrowotnej albo podczas wizyty domowej w miejscu pobytu pacjenta. Proponowane rozwiązanie przyczyni się do wzmocnienia opieki przedszpitalnej nad pacjentem zakażonym lub podejrzanym o zakażenie wirusem SARS-CoV-2.  Ponadto doprecyzowano przepisy załącznika do rozporządzenia, zgodnie z obowiązującym stanem prawnym. Z uwagi na fakt, iż przepisy art. 10 ust. 2 pkt 1 lit. b oraz art. 11 ust. 1, 2 i 4 utraciły moc na podstawie art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 2095, z późn. zm.), dokonano stosownej zmiany w części II w ust. 1 w pkt 2 oraz w części III w ust. 4. Ponadto w części III projektowanego rozporządzenia wprowadzono zmianę w ust. 2, wskazując, iż w przypadku pacjenta, który nie jest w stanie samodzielnie przemieszczać się lub którego stan zdrowia to uzasadnia, lekarz w podmiocie leczniczym określonym w wykazie sporządzonym i prowadzonym na podstawie polecenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanego na podstawie art. 11h ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych w ramach czynności, o których mowa w ust. 1, zleca jego transport, odpowiednio do miejsca izolacji albo izolacji w warunkach domowych albo szpitala, co również wynika ze zmiany stanu prawnego w tym zakresie. | Wejście w życie 26 stycznia 2022 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000015101.pdf) |
| 25.01.2022 | Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego | Projekt rozporządzenia zmienia rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 lutego 2021 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Dz. U. poz. 351, z późn. zm.), zwane dalej  „rozporządzeniem”, wydawane na podstawie art. 34 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. W projekcie rozporządzenia wprowadza się zmiany, których celem jest skrócenie okresu odbywania obowiązkowej kwarantanny. Uwarunkowane jest to obserwowanymi zmianami przebiegu klinicznego zakażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz przebiegiem wywołanej nim choroby COVID-19. Zasadność tej decyzji potwierdzają również zmiany wprowadzane w innych państwach rozwiniętych, takich jak Francja, Lichtenstein, Luksemburg i Portugalia, gdzie długość kwarantanny wynosi 7 dni.  W projekcie rozporządzenia wprowadza się zmiany, których celem jest skrócenie okresu odbywania obowiązkowej kwarantanny dla osób narażonych na zakażenie wirusem SARS-CoV-2.  Skrócenie okresów obowiązkowej kwarantanny zostało poprzedzone analizą obserwowanych zmian przebiegu klinicznego zakażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz przebiegiem wywołanej nim choroby COVID-19.  W odniesieniu do osób, u których nie wystąpiły objawy choroby COVID-19, oraz osób, które miały styczność ze źródłem zakażenia kwarantanna będzie kończyła się po 7 dniach (obecnie po 10 dniach), licząc od dnia następującego po ostatnim dniu odpowiednio narażenia albo styczności. Jednocześnie skrócono z 10 do 7 dni okres, o którym mowa w § 7 ust. 5 rozporządzenia, dotyczący obowiązkowej kwarantanny osoby skierowanej do diagnostyki laboratoryjnej w kierunku wirusa SARS-CoV-2. | Wejście w życie 26 stycznia 2022 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000015201.pdf) |
| 25.01.2022 | Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 stycznia 2022 r. w sprawie wykazu badań diagnostycznych, które mogą być wykonywane przez farmaceutę | Potrzeba wydania przedmiotowego rozporządzenia podyktowana jest pojawieniem się w ostatnim czasie problemu zagrażającego społeczeństwu, jakim jest wariant koronawirusa Omikron, który wykazuje duży potencjał zakaźny. Jego pojawienie się powoduje ryzyko szybkiego rozprzestrzeniania się epidemii i zwiększenia dynamiki zakażeń. W związku z powyższym niezbędne jest uruchomienie kolejnych punktów testowania w celu zidentyfikowania przypadków z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 oraz podjęcia odpowiednich środków zapobiegawczych i kontrolnych. Należy w tym miejscu nadmienić, że w Sejmie RP procedowany jest obecnie poselski projekt ustawy o szczególnych rozwiązaniach zapewniających możliwość prowadzenia działalności gospodarczej w czasie epidemii COVID-19 (druk sejmowy nr 1846), który zakłada wprowadzenie możliwości weryfikacji w miejscach pracy, na żądanie pracodawcy, od pracownika informacji o negatywnym wyniku testu na koronawirusa, które mają być finansowane ze środków publicznych.  Niezależnie od kwestii wprowadzenia możliwości przeprowadzania w aptekach ogólnodostępnych (gdyż to one de facto będą adresatami projektowanych zmian) testów przeciw COVID-19, projekt sanuje stan niewykonania upoważnienia ustawowego zawartego w art. 4 ust. 7 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty. Tym samym określa się wykaz badań diagnostycznych immanentnie związanych ze świadczeniem przez farmaceutów w aptekach ogólnodostępnych opieki farmaceutycznej. Immanentną częścią różnych elementów tej opieki, takich jak indywidualnego planu opieki farmaceutycznej czy przeglądów lekowych jest uzyskanie możliwie najszerszego spektrum wiedzy o problemach zdrowotnych pacjenta poddanego takiej opiece, w tym postrzeganych przez niego subiektywnie, jak i przez sprawującego nad nim opiekę farmaceutę. W wielu przypadkach ustalenie ewentualnych źródeł problemów lekowych pacjenta powinno odbywać się m.in. w efekcie uprzedniej możliwości wykonania określonych podstawowych badań diagnostycznych pozwalających farmaceucie uzyskać szersze spektrum wiedzy o swoim pacjencie, spojrzeć na problemy lekowe tego pacjenta w innym świetle, niż gdyby farmaceuta był pozbawiony istotnego kontekstu jaki stanowi wiedza o problemach pacjenta natury stricte medycznej. Farmaceuta posiądzie bardziej kompleksową wiedzę o powyższych zagadnieniach, jeżeli będzie mógł ją pozyskać na podstawie badań, które sam przeprowadzi. W oparciu o tak komplementarną wiedzę, niewątpliwie będzie mógł przeprowadzić proces racjonalizacji farmakoterapii w sposób bardziej skuteczny, niż gdyby opisanych wyżej możliwości był pozbawiony.  Wobec powyższego niezbędne jest pilne utworzenie nowych punktów do diagnostyki w kierunku SARS-CoV-2. Apteka ogólnodostępna, jako placówka ochrony zdrowia, powinna zostać włączona w system wykrywania zakażeń, z czym wiąże się pilna potrzeba tworzenia nowych punktów do diagnostyki w kierunku SARS-CoV-2. Apteka ogólnodostępna, jako placówka ochrony zdrowia, powinna zostać włączona w system wykrywania zakażeń. Rozszerzenie usług farmaceutycznych poprzez umożliwienie farmaceutom przeprowadzania wymienionych badań diagnostycznych w aptekach ogólnodostępnych jest uzasadnione, gdyż pandemia COVID-19 jednoznacznie potwierdziła wysokie kompetencje zawodowe farmaceutów oraz umiejętność szybkiej reorganizacji pracy aptek w sytuacji wymagającej szybkiego i skutecznego działania na rzecz pacjentów. Niezależnie od kwestii związanych z COVID-19, projektodawca rekomenduje ukonstytuowanie formalnej możliwości przeprowadzania przez farmaceutów badań diagnostycznych w aptekach ogólnodostępnych, poprzez dokonanie ich enumeratywnego wyliczenia. Pozwoli to z jednej strony wyeliminować stan formalnego braku wykonania upoważnienia ustawowego, jak również – od strony merytorycznej – pozwoli w lepszym stopniu sprawować opiekę farmaceutyczną nad pacjentem, w różnych jej przejawach i formach. | Wejście w życie 27 stycznia 2022 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 stycznia 2022 r. w sprawie wykazu badań diagnostycznych, które mogą być wykonywane przez farmaceutę (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000015301.pdf) |
| 24.01.2022 | Ustawa | Poselski projekt ustawy zmieniającej ustawę o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz ustawę o zmianie ustawy - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz niektórych innych ustaw | Dotyczy przedłużenia o kolejne 6 miesięcy, tj. do dnia 31 grudnia 2022 r. okresu obowiązywania aktualnych wykazów świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PZS) | skierowany do opinii Biuro Legislacji; skierowany do opinii Biuro Analiz Sejmowych | [9-020-783-2022.pdf (sejm.gov.pl)](http://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/Projekty/9-020-783-2022/$file/9-020-783-2022.pdf) |
| 24.01.2022 | Zarządzenie | ZARZĄDZENIE Nr 8/2022/DSOZ PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 21.01.2022 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” | Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach” oraz art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. z 2020 r. poz. 1329).  Przedmiotowa regulacja dotychczas określona była w zarządzeniu Nr 178/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, które z dniem wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia utraci moc obowiązującą (§ 16).  Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem dotyczą załącznika nr 1b do zarządzenia, stanowiącego Katalog produktów dodatkowych do sumowania w KOC II/III, któremu nadano nowe brzmienie. Zmiany w ww. załączniku, polegają na dostosowaniu jego treści do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2021 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2022 r. (Dz. U. poz. 1353).  Zgodnie z wynikami analizy wysokości kosztów ponoszonych przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi w związku z pobieraniem krwi i jej składników oraz preparatyką, przechowywaniem i ich wydawaniem, w odniesieniu do uzyskiwanych przychodów z tego tytułu, uległy zmianie wartości dwóch produktów rozliczeniowych (5.10.99.0000160 Przetoczenie ubogoleukocytarnego koncentratu krwinek płytkowych z aferezy – 1000 zł oraz 5.10.99.0000168 Filtrowanie jednostki krwi lub jej składników – 77 zł).  Ponadto, zgodnie z § 8 ust. 2 ww. rozporządzenia utworzono produkt rozliczeniowy: 5.10.99.0000174 Osocze świeżo mrożone pobrane metodą aferezy o wartości 45 zł. Zmiana, wynikająca z ww. rozporządzenia podyktowana jest koniecznością doprecyzowania i usunięcia wątpliwości interpretacyjnych związanych z podziałem donacji.  Z uwagi na fakt, że wprowadzenie powyższych modyfikacji wiązałoby się z wydaniem kolejnego zarządzenia zmieniającego, dla zwiększenia czytelności i przejrzystości przepisów regulujących zawieranie i realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, niniejszą regulacją wprowadza się nowe zarządzenie. W niniejszym zarządzeniu zaktualizowano także odwołania do obowiązujących aktów prawnych oraz wprowadzono inne zmiany o charakterze porządkowym.  Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2022 r.  Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem, były zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.), poddane konsultacjom zewnętrznym na okres 14 dni, wraz z projektem zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne.  W ramach konsultacji projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach. Podczas konsultacji nie zgłoszono uwag do ww. zmian.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 22 stycznia 2022 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-82022dsoz,7481.html) |
| 24.01.2022 | Zarządzenie | Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 stycznia 2022 r. w sprawie powołania Rady Społecznej Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym | Powołanie Rady Społecznej Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym, przedstawicielem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych - Elżbieta Pleczyńska. | Wejście w życie 24 stycznia 2022 r. | [Zarządzenie z dnia 21 stycznia 2022 r. (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2022/9/akt.pdf) |
| 24.01.2022 | Rozporządzenie | Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 21 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii | Projekt ma na celu ograniczenie ryzyka związanego z wystąpieniem epidemii wywołanej nowym koronawirusem SARS-CoV-2.  W projekcie przewiduje się modyfikację przepisów dotyczących wykonywania w urzędach administracji publicznej lub jednostkach organizacyjnych zadań o charakterze publicznym. Zadania te mają być realizowane w trybie pracy zdalnej, na zasadach określonych przepisami art. 3 ust. 3-8 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 2095, z późn. zm.). Wyjątki od powyższej zasady będą stanowić sytuacje, w których realizacja określonych zadań jest niezbędna do zapewnienia pomocy obywatelom lub ze względu na przepisy prawa lub potrzeby urzędu lub jednostki, a ich realizacja nie jest możliwa w ramach pracy zdalnej. Powyższe ma zapewnić zmniejszenie liczby kontaktów między pracownikami urzędów administracji publicznej lub jednostek organizacyjnych realizujących zadania o charakterze publicznym, jak również kontaktów ww. osób z interesariuszami zewnętrznymi. W konsekwencji wprowadzenia tych rozwiązań ma zostać zmniejszone ryzyko powstawania tzw. ognisk zakażeń wirusem SARS-CoV-2, co ma zapobiegać występowaniu oraz potencjalnie przerywać łańcuch zakażeń tym wirusem w ww. miejscach. Przedmiotowa ingerencja normatywna jest uzasadniona bardzo dużym tempem wzrostu dobowej liczby osób, w odniesieniu do których jest potwierdzane zakażenie wirusem SARS-CoV-2 (w dniu 18 stycznia 2022 r. potwierdzono zakażenie u 30 586 osób). | Wejście w życie z dniem 24 stycznia 2022 r., z wyjątkiem § 1 pkt 1, który wchodzi w życie  z dniem 27 stycznia 2022 r. | [Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 21 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000014901.pdf) |
| 24.01.2022 | Ustawa | Projekt ustawy o niektórych zawodach medycznych | Celem projektu ustawy o niektórych zawodach medycznych jest uregulowanie warunków i zasad wykonywania zawodów medycznych, które dotychczas nie były objęte regulacjami ustawowymi, ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień dotyczących doskonalenia zawodowego osób wykonujących zawód medyczny oraz odpowiedzialności zawodowej tych osób. Projektowane regulacje nie dotyczą zawodów medycznych, których zadania i obowiązki zawodowe zostały uregulowane w innych ustawowych przepisach dotyczących tych zawodów, takich jak: zawód lekarza, lekarza dentysty, diagnosty laboratoryjnego, pielęgniarki, położnej, ratownika medycznego, farmaceuty oraz fizjoterapeuty.  Projekt ustawy zawiera regulacje odnoszące się do następujących zawodów:  1) asystentka stomatologiczna;  2) dietetyk;  3) elektroradiolog;  4) higienistka stomatologiczna;  5) logopeda;  6) masażysta;  7) opiekun medyczny;  8) optometrysta;  9) ortoptystka;  10) podiatra;  11) protetyk słuchu;  12) technik dentystyczny;  13) technik farmaceutyczny;  14) technik ortopeda;  15) technik sterylizacji medycznej;  16) terapeuta zajęciowy.  Projekt ustawy jest podstawą do określenia m.in.:  1) zadań zawodowych, do wykonywania których są uprawnione osoby wykonujące zawód medyczny;  2) wymagań kwalifikacyjnych niezbędnych do wykonywania zawodu medycznego;  3) efektów uczenia się właściwych dla danego zawodu medycznego, które muszą być realizowane w ramach kształcenia zawodowego, biorąc pod uwagę konieczność odpowiedniego przygotowania absolwentów do wykonywania zawodu medycznego;  4) kodeksu etyki i deontologii medycznej dla osób wykonujących zawód medyczny.  Projekt ustawy reguluje zagadnienie związane z rejestrem osób uprawnionych do wykonywania zawodu medycznego, który będzie prowadzony w systemie teleinformatycznym, a którego właścicielem i administratorem będzie Centrum e-Zdrowia. Natomiast administratorem danych gromadzonych w tym rejestrze jest minister właściwy do spraw zdrowia.  Kwestia dotycząca wpisu do tego rejestru, zmiany danych objętych rejestrem, odmowy wpisu do rejestru oraz skreślenie z rejestru będzie należała do kompetencji wojewody, właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby wykonującej dany zawód medyczny. Zgodnie z projektem ustawy, osoba wykonująca zawód medyczny, po spełnieniu ustawowych warunków podlega wpisowi do rejestru osób uprawnionych do wykonywania zawodu medycznego. Takie uregulowanie pozwoli na monitorowanie osób posiadających uprawnienia do wykonywania zawodu medycznego, w szczególności pozwoli na uzyskanie zarówno informacji o aktualnej liczbie osób wykonujących zawód medyczny, sposobie wykonywania tego zawodu, jak również będzie źródłem informacji o potrzebach kadrowych w tych zawodach w poszczególnych rejonach kraju.  Projekt ustawy reguluje również kwestie związane z ustawicznym rozwojem zawodowym w ramach kształcenia podyplomowego (szkolenie specjalizacyjne i kursy kwalifikacyjne) oraz doskonalenia zawodowego.  Zgodnie z projektem ustawy, osoba wykonująca zawód medyczny będzie miała obowiązek uczestnictwa w różnych rodzajach i formach doskonalenia zawodowego przez samokształcenie oraz udział w kursach doskonalących realizowanych:  1) metodą wykładów, seminariów, warsztatów oraz ćwiczeń;  2) za pośrednictwem sieci internetowej z ograniczonym dostępem, zakończonych testem.  Zakres doskonalenia zawodowego obejmuje wiedzę i umiejętności niezbędne do realizacji zadań zawodowych przez osobę wykonująca zawód medyczny. Za udział osoby wykonującej zawód medyczny w poszczególnych formach doskonalenia zawodowego i kształcenia podyplomowego przysługują punkty edukacyjne.  Ponadto, projekt ustawy wprowadza regulacje, które umożliwiają osobie wykonującej zawód medyczny legitymującej się dorobkiem naukowym i posiadającej ukończony kurs lub szkolenie z zakresu obejmującego tematykę kursu kwalifikacyjnego, uznanie tego dorobku za równoważny ze zrealizowaniem programu kursu kwalifikacyjnego.  Zgodnie z przepisami projektu ustawy, minister właściwy do spraw zdrowia będzie mógł na wniosek osoby wykonującej zawód medyczny, w drodze decyzji administracyjnej, uznać lub odmówić uznania dorobku za równoważny ze zrealizowaniem programu kursu kwalifikacyjnego, na podstawie opinii sporządzonej przez dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, zwanego dalej „CMKP”. Wnioski o uznanie dorobku, osoby zainteresowane składają do CMKP, które sprawdza pod względem formalnym wniosek i przekazuje do zaopiniowania powołanemu zespołowi ekspertów.  Projekt ustawy określa również działania kontrolne w ramach kształcenia zawodowego osób wykonujących dany zawód medyczny, celem zapewniania odpowiedniej jakości tego kształcenia. Kontrola realizacji kursów kwalifikacyjnych i doskonalących będzie prowadzona przez zespół kontrolny, powoływany przez dyrektora CMKP.  Jednocześnie projekt ustawy wprowadza regulacje dotyczące skorzystania przez osobę wykonującą zawód medyczny z 6 dni płatnego urlopu szkoleniowego, który będzie mógł być wykorzystany na realizację ustawicznego rozwoju zawodowego przez osobę wykonująca zawód medyczny. Zgodnie z projektowaną regulacją osobie wykonującej zawód medyczny, podnoszącej kwalifikacje zawodowe w ramach ustawicznego rozwoju zawodowego, przysługuje, na jej wniosek i za zgodą pracodawcy, urlop szkoleniowy w wymiarze do 6 dni roboczych rocznie, płatny według zasad obowiązujących przy obliczaniu wynagrodzenia za urlop wypoczynkowy. W związku z tym, że przepisy ustawy nakładają na osoby wykonujące zawód medyczny prawo i obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego, bardzo ważne jest zapewnienie osobom, które zamierzają wziąć udział w określonych ustawowo formach podnoszenia kwalifikacji zawodowych, urlopu szkoleniowego, aby nie musiały wykorzystywać własnego urlopu wypoczynkowego w powyższym celu.  Projekt ustawy reguluje kwestie odnoszące się do odpowiedzialności zawodowej osób wykonujących zawód medyczny. Osoby wykonujące zawód medyczny podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki zawodowej i deontologii zawodowej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu medycznego.  Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej osoby wykonującej zawód medyczny obejmuje:  1) czynności sprawdzające;  2) postępowanie wyjaśniające;  3) postępowanie przed Komisją Odpowiedzialności Zawodowej.  Komisja Odpowiedzialności Zawodowej, składa się z 36 członków, powoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na 4-letnią kadencję, po 2 przedstawicieli każdego zawodu oraz czterech przedstawicieli ministra właściwego do spraw zdrowia.  Projekt ustawy wprowadza mechanizmy zapewniające dostęp do wykonywania zawodu medycznego tylko profesjonalistom w danym zawodzie medycznym, którzy posiadają określone przepisami prawa kwalifikacje zawodowe. W związku z tym, regulacje zawarte w projekcie ustawy będą stanowiły gwarancję zatrudniania w systemie ochrony zdrowia wysoko wykwalifikowanej i kompetentnej kadry medycznej, fachowo i rzetelnie udzielającej świadczeń opieki zdrowotnej. | Konsultacje publiczne do 21 lutego 2022 r. | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/2/12355717/12849352/12849353/dokument540416.pdf) |
| 21.01.2022 | Rozporządzenie | Projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie leczenia uzdrowiskowego osób zatrudnionych przy produkcji wyrobów zawierających azbest | 1) brak aktualizacji i dostosowania wzorów: skierowania na leczenie uzdrowiskowe osób uprawnionych do leczenia uzdrowiskowego oraz zbiorczego zestawienia kosztów związanych z leczeniem uzdrowiskowym uprawnionych osób, stanowiących załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2004 r. w sprawie leczenia uzdrowiskowego osób zatrudnionych przy produkcji wyrobów zawierających azbest (Dz. U. poz.1920, z poźn. zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem”, do obowiązującego stanu prawnego oraz wiedzy medycznej;  2) stosowanie pieczątek i pieczęci w drukach ww. wzorów skierowań mimo wprowadzenia deregulacji takiego obowiązku;  3) używanie w druku wzoru skierowania na leczenie uzdrowiskowe osób uprawnionych danych opiekuna prawnego ubezpieczonego oraz możliwość wskazywania przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego proponowanego miejsca i rodzaju leczenia uzdrowiskowego, co nie ma rzeczywistego zastosowania w tej procedurze;  4) obligatoryjny obowiązek kierowania na RTG klatki piersiowej przy kwalifikacji osoby uprawnionej do leczenia uzdrowiskowego, bez uwzględniania wskazań medycznych;  5) brak transparentności druków ww. skierowań pod względem ich przejrzystości zawartych danych i spójności.  rojekt nowelizacji rozporządzenia wprowadza następujące zmiany:  1) w § 3 ust. 2 rozporządzenia dokonano aktualizacji nazwy specjalizacji lekarskiej, przez wprowadzenie w miejsce pojęcia „lekarz specjalista w dziedzinie balneoklimatologii i medycyny fizykalnej” pojęcia „lekarz specjalista w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej”, zgodnie z obowiązującym wykazem specjalizacji lekarskich;  2) w załączniku nr 1 do rozporządzenia:  a) usunięto w całym wzorze skierowania obowiązek umieszczania na druku pieczątek lekarzy odpowiednio: wystawiającego skierowanie na leczenie uzdrowiskowe (lekarza ubezpieczenia zdrowotnego) oraz lekarza specjalisty z dziedziny balneologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej (zatrudnionego we właściwej komórce organizacyjnej oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia) oceniającego celowość skierowania na leczenie uzdrowiskowe. Zniesienie obowiązku umieszczania w odpowiednich polach druku pieczątek bądź pieczęci spowodowane jest realizacją przyjętego przez Radę Ministrów dokumentu pt.: „Informacja dotycząca deregulacji obowiązku stosowania pieczęci/pieczątek przez obywateli i przedsiębiorców”,  b) w części I wzoru skierowania, odnoszącego się do danych osoby uprawnionej w pozycji „Numer PESEL” wprowadzono zależność, zgodnie z którą w przypadku braku nadanego numeru PESEL należy podać numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,  c) w części I wzoru skierowania usunięto pozycję dotyczącą danych opiekuna prawnego ubezpieczonego, bo opiekun prawny, kurator czy też opiekun osoby niepełnosprawnej skierowanej na leczenie uzdrowiskowe nie jest objęty systemem leczenia uzdrowiskowego – opiekun prawny czy też kurator nie jest bowiem opiekunem medycznym, więc jego pobyt w uzdrowisku z osobą uprawnioną do leczenia uzdrowiskowego będzie realizowany na zasadach komercyjnych,  d) dokonano podziału zakresu danych zawartych w części I wzoru skierowania pt.: „WYWIAD”, przez wprowadzenie dwóch dodatkowych podtytułów, tj.: „BADANIE PRZEDMIOTOWE” oraz „AKTUALNE WYNIKI BADAŃ”, co uporządkowało zakres danych objętych tą częścią skierowania eliminując jednocześnie brak systematyki w tym obszarze,  e) wprowadzono dwie nowe (dodatkowe) pozycje w tej części skierowania, zgodnie z którymi lekarz wystawiający skierowanie (lekarz ubezpieczenia zdrowotnego) będzie wskazywał fakt przebycia przez osobę uprawnioną leczenia onkologicznego w ciągu 5 lat przed wystawieniem skierowania oraz przebyte przez ww. osobę leczenie uzdrowiskowe w ciągu ostatnich 3 lat, ze wskazaniem roku i nazwy uzdrowiska, co jest ściśle związane z procesem kwalifikacji osób uprawnionych na leczenie uzdrowiskowe – przeciwwskazania do leczenia uzdrowiskowego, którym jednym z nich jest czynna choroba nowotworowa, o czym stanowią przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. poz. 14),  f) dokonano aktualizacji nazw przeprowadzonych badań bądź skorygowano o dodatkowe zakresy, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną,  g) przypadku RTG klatki piersiowej wprowadzono obowiązek jego wykonania jedynie w przypadku stwierdzenia przez lekarza zaistnienia wskazań medycznych,  h) usunięto część II wzoru skierowania dotyczącą wskazania przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego proponowanego miejsca i rodzaju leczenia uzdrowiskowego z uwagi na fakt, że oceny celowości skierowania, w tym wskazanie miejsca i rodzaj leczenia uzdrowiskowego dokonuje de facto lekarz specjalista;  3) w załączniku nr 2 do rozporządzenia usunięto obowiązek umieszczania na druku pieczęci: osoby sporządzającej, dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia lub osoby upoważnionej, które przygotowują zbiorcze zestawienie kosztów związanych z leczeniem uzdrowiskowym osób uprawnionych, a także pieczęci ministra właściwego do spraw zdrowia lub osoby upoważnionej akceptujących zwrot z budżetu państwa wydatków w określonej kwocie, poniesionych przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w związku z uprawnieniem pracowników zakładów wymienionych w załączniku nr 4 do ustawy z dnia 19 czerwca 1997 r. o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest, zatrudnionych w tych zakładach w dniu 28 września 1997 r. lub przed tą datą, do korzystania raz w roku z leczenia uzdrowiskowego oraz zwolnienia z odpłatności związanej z leczeniem uzdrowiskowym, o której mowa w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dodatkowo załączniki nr 1 i 2 do rozporządzenia zmodyfikowano pod kątem redakcyjnym w celu poprawy ich czytelności i ułatwienia stosowania przez osoby wypełniające druki. | Konsultacje społeczne do 20 lutego 2022 r. | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12355652/12848438/12848439/dokument540154.pdf) |
| 20.01.2022 | Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Rady Ministrów zmieniającego rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii | Projekt ma na celu ograniczenie ryzyka związanego z wystąpieniem epidemii wywołanej nowym koronawirusem SARS-CoV-2.  W projekcie przewiduje się modyfikację przepisów dotyczących wykonywania w urzędach administracji publicznej lub jednostkach organizacyjnych zadań o charakterze publicznym. Zadania te mają być realizowane w trybie pracy zdalnej, na zasadach określonych przepisami art. 3 ust. 3-8 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 2095, z późn. zm.). Wyjątki od powyższej zasady będą stanowić sytuacje, w których realizacja określonych zadań jest niezbędna do zapewnienia pomocy obywatelom lub ze względu na przepisy prawa lub potrzeby urzędu lub jednostki, a ich realizacja nie jest możliwa w ramach pracy zdalnej. Powyższe ma zapewnić zmniejszenie liczby kontaktów między pracownikami urzędów administracji publicznej lub jednostek organizacyjnych realizujących zadania o charakterze publicznym, jak również kontaktów ww. osób z interesariuszami zewnętrznymi. W konsekwencji wprowadzenia tych rozwiązań ma zostać zmniejszone ryzyko powstawania tzw. ognisk zakażeń wirusem SARS-CoV-2, co ma zapobiegać występowaniu oraz potencjalnie przerywać łańcuch zakażeń tym wirusem w ww. miejscach. Przedmiotowa ingerencja normatywna jest uzasadniona bardzo dużym tempem wzrostu dobowej liczby osób, w odniesieniu do których jest potwierdzane zakażenie wirusem SARS-CoV-2 (w dniu 18 stycznia 2022 r. potwierdzono zakażenie u 30 586 osób). | Planowany termin przyjęcia projektu przez RM - I kwartał 2022 r. | [Projekt rozporządzenia Rady Ministrów zmieniającego rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii - Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów - BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (kprm.gov.pl)](https://archiwum.bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-rady-ministrow/prace-legislacyjne-rm-i/prace-legislacyjne-rady/wykaz-prac-legislacyjny/r546780322755,Projekt-rozporzadzenia-Rady-Ministrow-zmieniajacego-rozporzadzenie-w-sprawie-ust.html) |
| 19.01.2022 | Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2021 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie wykorzystania elektronicznych spirometrów w podstawowej opiece zdrowotnej i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie wykorzystania elektronicznych spirometrów w podstawowej opiece zdrowotnej i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 48e ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Celem wprowadzanego programu pilotażowego dotyczącego wykorzystania elektronicznych spirometrów w podstawowej opiece zdrowotnej i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, zwanego dalej „programem pilotażowym”, jest ocena efektywności realizacji świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z wykorzystaniem elektronicznych spirometrów jako narzędzia umożliwiającego badanie czynnościowe układu oddechowego w sposób zdalny pacjenta po ukończeniu 18. roku życia i przebytym zakażeniu wirusem SARS-CoV-2, ze stwierdzonymi zaburzeniami poziomu saturacji i tętna, w celu wykrywania potencjalnych zaburzeń czynności płuc monitorowanego przez:  1) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej – w ramach podstawowej opieki zdrowotnej;  2) lekarza specjalistę w dziedzinie chorób płuc albo lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chorób płuc albo lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób płuc – w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.  Program pilotażowy będzie realizowany w trzech etapach, na które składać się będą: etap organizacji (w trakcie którego minister właściwy do spraw zdrowia dokona zakupu urządzeń, przeprowadzi akcję promocyjną dotyczącą ich wykorzystania oraz podpisze umowy z realizatorami programu pilotażowego), etap realizacji (w trakcie którego wybrani realizatorzy programu pilotażowego będą wykonywać świadczenia opieki zdrowotnej przy wykorzystaniu elektronicznych spirometrów) oraz etap ewaluacji programu pilotażowego (który obejmie ocenę działań objętych programem pilotażowym).  Program pilotażowy przewiduje realizację wykonywanych za pomocą elektronicznych spirometrów świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Podmioty lecznicze będące realizatorami programu, otrzymają od ministra właściwego do spraw zdrowia elektroniczne spirometry, które następnie udostępnią wskazanym w projekcie świadczeniobiorcom, umożliwiając im tym samym zdalną diagnostykę. Zarówno jakość udzielanych w tym zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, satysfakcja świadczeniobiorców z przeprowadzanego badania, jak i wpływ tego rozwiązania na sposób funkcjonowania podmiotów leczniczych, będą w ramach ewaluacji programu pilotażowego oceniane na podstawie ankiet wypełnianych przez świadczeniobiorców i realizatorów programu pilotażowego, niezwłocznie po realizacji świadczenia opieki zdrowotnej z wykorzystaniem elektronicznego spirometru, zamieszczanych na platformie DOM. Realizacja tego programu będzie wymagała wdrożenia dodatkowych funkcjonalności w ramach platformy DOM umożliwiających realizację programu pilotażowego.  Realizatorzy programu pilotażowego zostaną wybrani w ramach naboru przeprowadzanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Biorąc pod uwagę otwarty charakter naboru, jak i objęcie programem nie mniej niż 1 000 świadczeniobiorców, przewiduje się możliwość wyboru ofert z terytorium całego kraju, przy uwzględnieniu czynników takich jak data wpływu oferty i deklaracja szacunkowej liczby świadczeniobiorców zgłoszonych przez realizatora do udziału w programie. Przyjęta minimalna liczba świadczeniobiorców objęta programem pilotażowym, jest podyktowana m.in. planowanym zakupem 1000 sztuk urządzeń przeznaczonych do realizacji pilotażu. | Wejście w życie 19 stycznia 2022 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2021 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie wykorzystania elektronicznych spirometrów w podstawowej opiece zdrowotnej i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000012101.pdf) |
| 19.01.2022 | Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej | Konieczność wprowadzenia zmian w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1372, z późn. zm.), zwanym dalej „rozporządzeniem”, jest związana z wdrażaniem reformy opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży i wynika z wprowadzenia zmian w zakresie warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień objętych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2021 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 2400), zwanego dalej „rozporządzeniem koszykowym”. Zmiany zaproponowane w rozporządzeniu koszykowym mają na celu usunięcie nieścisłości, doprecyzowanie przepisów oraz uwzględnienie postulatów ekspertów współpracujących z Ministerstwem Zdrowia, jak również wprowadzenie zmian pozwalających na zaplanowanie kosztów realizacji poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.  Projekt rozporządzenia obejmuje zmiany kryteriów wyboru ofert zawartych w załączniku nr 4 do rozporządzenia.  Zaproponowane modyfikacje dotyczą przede wszystkim przemodelowania kryteriów wyboru ofert w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych dzieciom i młodzieży na I, II oraz III poziomie referencyjnym. W konsekwencji doprecyzowania dotychczasowego brzmienia przepisów rozporządzenia koszykowego, na I oraz II poziomie referencyjnym utworzono dodatkowe przedmioty postępowania uwzględniające nowe zakresy świadczeń gwarantowanych. Dotychczas obowiązujące warunki oceniane we wskazanych poziomach wymagały wprowadzenia zmian w szczególności w kategorii „personel”, „pozostałe warunki” oraz „organizacja udzielania świadczeń”. Na każdym poziomie referencyjnym dodano w ramach monitorowania procesu udzielania świadczeń warunek: „Superwizja zespołu”. Do świadczeń realizowanych w poradni zdrowia psychicznego oraz na oddziałach dziennych psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dzieci i młodzieży realizowanych na II poziomie referencyjnym obniżono warunki premiujące w kategorii „personel”.  Dodatkowo projekt rozporządzenia wprowadza aktualizację listy metod o udowodnionej naukowo skuteczności w oparciu o rekomendację ekspertów, poszerza i dostosowuje w kryteriach postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dzieciom i młodzieży zawartych w częściach: 2, 5, 8, 11, 16, 33 i 41 katalog premiowanego personelu odpowiednio o: specjalistę w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży, osobę posiadającą decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia o uznaniu dorobku naukowego lub zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem programu szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, zgodnie z art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 1297), osobę w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży”. Premiowanie konkretnego personelu uzależniono od charakteru obowiązującego dotychczas kryterium, tj. kryterium jakościowego lub kryterium ilościowego.  Projekt rozporządzenia proponuje także zmianę określenia „osoba prowadząca psychoterapię” na „osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty”, co wynika ze zmiany określenia definiowanego w rozporządzeniu koszykowym i jest podyktowane zgłaszanymi przez środowisko psychoterapeutów postulatami oraz potocznym rozumieniem definicji w poprzednim brzmieniu, które było błędnie interpretowane.  Wejście w życie rozwiązań przewidzianych w projekcie pozwoli na zabezpieczenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży oraz powinno przyczynić się do wyboru najlepszych ofert złożonych w toku postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, biorąc pod uwagę ich jakość, kompleksowość, dostępność oraz cenę.  Przepis przejściowy określony w § 2 projektu rozporządzenia będzie miał zastosowanie do postępowań wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie przedmiotowego rozporządzenia. | Konsultacje społeczne do 27 stycznia 2022 r. | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12355503/12847837/12847838/dokument539701.pdf) |
| 19.01.2022 | Ustawa | Projekt ustawy o krwiodawstwie i krwiolecznictwie | Podstawowymi problemami mającymi istotne znaczenie dla systemu ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem organizacji publicznej służby krwi, w zakresie regulacji odnoszącej się do krwiodawstwa i krwiolecznictwa jest:  1) brak jasnych zasad dotyczących zagospodarowania osocza, wykorzystywanego do produkcji krwiopochodnych produktów leczniczych, brak możliwości wytwarzania krwiopochodnych produktów leczniczych z osocza pobranego od rodzimych dawców (co zostało zasygnalizowane w 2015 r. w raporcie Najwyższej Izby Kontroli pt. Funkcjonowanie systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa Nr ew. 167/2014/P/13/166/LOP). Powyższe powoduje ograniczoną dostępność do krwiopochodnych produktów leczniczych dla pacjentów;  2) brak kompleksowego, wieloaspektowego i scentralizowanego nadzoru nad systemem publicznej służby krwi, który obecnie powierzony jest ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz dwóm jednostkom, które nadzorują wyodrębnione obszary systemu pod kątem organizacyjnym (Narodowe Centrum Krwi, zwane dalej „NCK”) i merytorycznym (Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, zwany dalej „Instytutem”). Uregulowanie organizacji publicznej służby krwi, określenie struktury całego systemu służby krwi oraz hierarchii i kompetencji poszczególnych jednostek wchodzących w jej skład, a przede wszystkim usankcjonowanie NCK jako jednostki właściwej do pełnienia roli koordynatora gospodarki osoczem jest niezbędne do prawidłowego i bezpiecznego dla pacjenta, ale również i dawcy krwi funkcjonowania służby krwi oraz roli koordynatora gospodarki produktami krwiopochodnymi.  Ponadto w ww. obszarze wskazano na następujące problemy:  1) brak jednolitych zasad zwrotu kosztów dojazdu dla honorowych dawców krwi we wszystkich regionalnych centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Obecnie każde centrum rozlicza koszt dojazdu honorowego dawcy na podstawie wewnętrznych zarządzeń, ustalając własne zasady zwrotu;  2) niejasne uregulowania dotyczące uprawnień dawców krwi - trudności związane z usprawiedliwieniem nieobecności w pracy w dniu oddania krwi i jej składników przez dawców pracujących na zmiany, w szczególności w porze nocnej;  3) brak dostatecznej liczby średniego personelu medycznego mającego kwalifikacje do przetaczania krwi i jej składników;  4) brak możliwości wykonywania przetoczeń krwi i jej składników przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego oraz lotnicze zespoły transportu sanitarnego w trakcie transportu „międzyszpitalnego”, co skutkuje koniecznością przerwania przetoczenia na czas transportu, a w konsekwencji naraża zdrowie i życie pacjentów, będących w ciężkim albo bardzo ciężkim stanie.  Rozwiązanie wskazanych powyżej problemów ma przede wszystkim na celu zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, kompleksowego uregulowania krwiodawstwa i krwiolecznictwa, ze szczególnym uwzględnieniem zapewnienia wieloaspektowego nadzoru i kontroli przez jasny podział kompetencji podmiotów tworzących publiczną służbę krwi. Z uwagi na dużą liczbę zmian zdecydowano o opracowaniu nowej ustawy a nie nowelizowaniu dotychczas obowiązującej ustawy.  1. Określenie jasnych zasad gospodarowania osoczem oraz produktami krwiopochodnymi  W projektowanej ustawie proponuje się powołanie Narodowego Frakcjonatora Osocza, zwanego dalej „NFO”, który będzie wytwarzał poszczególne produkty krwiopochodne, których obecnie brakuje na rynku. Do czasu rozpoczęcia produkcji, co nastąpi za ok. 4-5 lat NFO będzie, na podstawie decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia:  1) zbywać osocze w drodze konkurs albo  2) wybierze wykonawcę usługowego frakcjonowania w drodze konkursu albo przetargu publicznego.  Ponadto, na podmioty lecznicze nakłada się obowiązek wprowadzania do systemu obrotu produktami krwiopochodnymi, prowadzonego przez NCK, zapotrzebowań na produkty krwiopochodne. Rozwiązanie to, jak również stworzenie sytemu informatycznego obrotu produktami krwiopochodnymi, ma zapewnić nadzór nad prawidłowym obrotem produktami krwiopochodnymi.  Ponadto proponuje się wprowadzenie ustawowego obowiązku uzyskiwania przez centra krwiodawstwa zgody dawcy krwi na oddanie krwi, z której będzie jasno wynikało, iż wyraża on zgodę na zbycie krwi i jej składników w celu przetworzenia w krwiopochodne produkty lecznicze ratujące życie i zdrowie pacjentów.  Zakłada się, iż usługowe frakcjonowanie będzie pierwszym etapem powstania krajowej fabryki frakcjonowania osocza.  2. Wprowadzenie kompleksowego, wieloaspektowego i scentralizowanego nadzoru nad krwiodawstwem i krwiolecznictwem.  Wzmocnienie nadzoru nad krwiodawstwem i krwiolecznictwem przez szczegółowy podział zadań w zakresie nadzoru merytorycznego i organizacyjnego pomiędzy Instytutem a NCK.  Do zasadniczych zmian systemowych należy powołanie jednej instytucji nadzorującej system krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Wydaje się, iż właściwą jednostką w tym zakresie jest NCK, która integruje działalność funkcjonującego NCK oraz Instytutu. Obecnie NCK działa jako jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i wykonuje część zadań, które w projekcie ustawy są przypisane do NCK działającego jako państwowa osoba prawna. Do zadań NCK należeć będzie nadzór nad gospodarką osoczem oraz obrotem produktami krwiopochodnymi, koordynacja wspólnych postępowań na zakup towarów i usług na rzecz centrów krwiodawstwa oraz realizacja usług wspólnych, przeprowadzanie konkursu na sprzedaż osocza, które nie spełnia wymagań frakcjonatora, a także kontynuacja wszystkich zadań, które NCK obecnie realizuje jako jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia (z wyłączeniem postępowań na zakup i dostawę produktów leczniczych dla chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne), a także realizacja części zadań wykonywanych obecnie przez Instytut, przy czym zadania (merytoryczne), które wymagają dostępu do bazy laboratoryjnej w dalszym ciągu będą wykonywane przez Instytut.  3. Doprecyzowanie uprawnień dawców krwi  Wskazanie, że czas zwolnienia obejmuje również zmianę, która zaczęła się tego dnia, w którym oddano krew i jej składniki albo obejmuje cała dobę.  4. Umożliwienie wykonywanie przetoczeń przez ratowników medycznych i perfuzjonistów  Umożliwienie ratownikom medycznym i perfuzjonistom wykonywania zabiegów przetaczania krwi i jej składników po odbyciu specjalistycznych szkoleń wskazanych w projekcie.  5. Wprowadzenie możliwości wykonywania przetoczeń „międzyszpitalnych” przez Lotnicze Pogotowie Ratunkowe  Wprowadzenie przepisów umożliwiających przetaczanie krwi i jej składników przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego oraz lotnicze zespoły transportu sanitarnego w trakcie transportu „międzyszpitalnego”.  W pozostałym zakresie projekt utrzymuje bądź doprecyzowuje dotychczasowe rozwiązania w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa, znajdujące się w obecnie obowiązującej ustawie o publicznej służbie krwi. | Planowany termin przyjęcia projektu przez RM - I kwartał 2022 r. | [Projekt ustawy o krwiodawstwie i krwiolecznictwie - Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów - BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (kprm.gov.pl)](https://archiwum.bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-rady-ministrow/prace-legislacyjne-rm-i/prace-legislacyjne-rady/wykaz-prac-legislacyjny/r8483356980137,Projekt-ustawy-o-krwiodawstwie-i-krwiolecznictwie.html) |
| 17.01.2022 | Obwieszczenie | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Rejestru Hipercholesterolemii Rodzinnej | Ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 stycznia 2020 r. w sprawie Rejestru Hipercholesterolemii Rodzinnej (Dz. U. poz. 83), z uwzględnieniem zmiany wprowadzonej rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2020 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie Rejestru Hipercholesterolemii Rodzinnej (Dz. U. poz. 1627) |  | [Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Rejestru Hipercholesterolemii Rodzinnej (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000008701.pdf) |
| 14.01.2022 | Zarządzenie | ZARZĄDZENIE Nr 7/2022/DSOZ PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 11.01.2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką | Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.  Wynikiem zmian przedstawionych w niniejszym zarządzeniu jest modyfikacja organizacji udzielania świadczeń, aktualizacja wycen świadczeń w fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej oraz kształt katalogu wspierający większą samodzielność zawodową fizjoterapeutów.  Dokonano zmiany konstrukcji katalogu produktów rozliczeniowych ujętych w załączniku nr 1 m do zarządzenia dla świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej i fizjoterapii domowej. Wprowadzono rozwiązania w zakresie finansowania świadczeń fizjoterapeutycznych, polegające na odejściu od płacenia za procedurę, pozostawiając większą swobodę terapeuty w wyborze realizowanych procedur fizjoterapeutycznych.  Zaproponowana zmiana konstrukcji stanowi uniwersalną metodę umożliwiającą tworzenie dowolnych konfiguracji udzielania świadczeń w zależności od potrzeby pacjentów. Dodatkowo, zmniejszenie liczby produktów rozliczeniowych przyczyni się do uproszczenia systemu sprawozdawczego.  Proponowane zmiany są spójne z założeniami przedstawicieli środowiska fizjoterapeutycznego współpracującego w ramach konsultacji z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). W przekazanych postulatach wskazywano, że głównym założeniem nowego katalogu powinno być wprowadzenie produktów w uproszczonej formie, dla których jednostką rozliczeniową jest czas zaangażowania fizjoterapeuty oraz realizacja samodzielności zawodowej. Nowe produkty rozliczeniowe, zgodnie z propozycją, zostały oparte o czas pracy fizjoterapeuty, a nie wycenę konkretnych procedur, co umożliwi płynną modyfikację prowadzonej terapii adekwatnie do indywidualnych potrzeb pacjenta. Podejście takie umożliwi i usprawni osiąganie przyjętych, indywidualnych celów fizjoterapii.  W wycenach świadczeń przygotowanych przez AOTMiT, uwzględniona została stawka godzinowa pracy fizjoterapeuty stanowiąca pochodną aktualnych danych finansowo-księgowych przekazanych przez świadczeniodawców.  Wprowadzone modyfikacje dotyczą przede wszystkim grupowania zabiegów fizjoterapeutycznych zdefiniowanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, które stanowią realizację przekazanego przez Prezesa AOTMiT opracowania analitycznego w zakresie wyceny świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej. Nowy mechanizm rozliczania świadczeń w fizjoterapii domowej pozwala na urealnienie sprawozdawczości oraz finansowania w tym obszarze poprzez zniwelowanie dotychczasowego wielokrotnego rozliczania kosztów dojazdu w przypadku świadczeniobiorców przebywających pod jednym adresem zamieszkania.  Ponadto, wprowadzono zmianę wyceny dla nowo zdefiniowanych produktów rozliczeniowych określonych w załączniku 1m oraz z uwagi na fakt, iż wizyta fizjoterapeutyczna jest elementem procesu leczenia w ramach świadczeń fizjoterapeutycznych, zmianę wyceny produktów rozliczeniowych określonych w załączniku 1n:  - wizyta fizjoterapeutyczna,  - wizyta fizjoterapeutyczna w warunkach domowych,  - wizyta fizjoterapeutyczna z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych.  Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.), został przedstawiony do konsultacji zewnętrznych na okres 14 dni właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Krajowa Rada Fizjoterapeutów, Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych), reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust.1 ustawy o świadczeniach.  W ramach konsultacji wpłynęło 536 opinii w ramach których zgłoszono 1126 uwag. Na podstawie przeprowadzonej analizy zgłoszonych uwag dokonano zmiany w zarządzeniu, w szczególności:  - doprecyzowano brzmienie § 18 zarządzenia dodając pkt 10 i 11,  - wyodrębniono nowy produkt rozliczeniowy (zabieg masażu),  - dodano produkt rozliczeniowy fizjoterapia realizowana w warunkach domowych (kolejne 15 minut),  - doprecyzowano opis grupowania zabiegów fizjoterapeutycznych.  Dodatkowo, w przypadku:  - 16 podmiotów, uwagi nie odnosiły się do przedmiotu przedstawionego projektu, wykraczały poza zakres regulowany Zarządzeniem, bądź były niezasadne,  - 16 podmiotów, uwagi zgłoszone były po wyznaczonym terminie.  Wprowadzone zmiany ujęte w zarządzeniu zmieniającym wychodzą naprzeciw postulatom zgłoszonym w ramach opiniowania projektu zarządzenia.  Wdrożenie zmian wynikających z przedmiotowego zarządzenia będzie wiązało się z dodatkową alokacją środków przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna oraz fizjoterapia domowa w wysokości około 213 mln zł, co przy jednoczesnym planowanym zwiększeniu wartości umów zawartych ze świadczeniodawcami oraz liczby punktów rozliczeniowych przyczyni się do zwiększenia liczby świadczeń i poprawy dostępności.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie z dniem 1 lutego 2022 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-72022dsoz,7480.html) |
| 14.01.2022 | Zarządzenie | ZARZĄDZENIE Nr 6/2022/DSOZ PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 10.01.2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie | Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 167/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.).  Niniejszym zarządzeniem nadano nowe brzmienie załącznikowi nr 1a do zarządzenia, określającemu Katalog produktów dodatkowych do sumowania w KOC I. Zmiany są związane z koniecznością dostosowania jego treści do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2021 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2022 r. (Dz. U. poz. 1353).  Zgodnie z wynikami analizy wysokości kosztów ponoszonych przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi w związku z pobieraniem krwi i jej składników oraz preparatyką, przechowywaniem i ich wydawaniem, w odniesieniu do uzyskiwanych przychodów z tego tytułu, uległy zmianie wartości dwóch produktów rozliczeniowych (5.10.99.0000160 Przetoczenie ubogoleukocytarnego koncentratu krwinek płytkowych z aferezy – 1000 zł oraz 5.10.99.0000168 Filtrowanie jednostki krwi lub jej składników – 77 zł).  Ponadto, zgodnie z § 8 ust. 2 ww. rozporządzenia utworzono produkt rozliczeniowy: 5.10.99.0000174 Osocze świeżo mrożone pobrane metodą aferezy o wartości 45 zł. Zmiana, wynikająca z ww. rozporządzenia, podyktowana jest koniecznością doprecyzowania i rozwiania wątpliwości interpretacyjnych związanych z podziałem donacji.  Zmiany wprowadzane niniejszym zarządzeniem, były zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320 z późn. zm.), poddane konsultacjom zewnętrznym na okres 14 dni, wraz z projektem zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne.  W ramach konsultacji projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach. Podczas konsultacji nie zgłoszono uwag do ww. zmian.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania, a jego postanowienia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2022 r. | Wejście w życie 11 stycznia 2022 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-62022dsoz,7479.html) |
| 14.01.2022 | Zarządzenie | ZARZĄDZENIE Nr 5/2022/DSOZ PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 05.01.2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej | Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych  (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.).  W związku z przygotowywaniem systemu ochrony zdrowia do pełnego wdrożenia opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej podjęto decyzję o  stopniowym wdrażaniu zmian, zarówno w warunkach organizacyjnych realizacji umów jak i ich finansowaniu. Intencją proponowanego przepisu (§ 48a) jest przyjęcie rozwiązania, zgodnie z którym do czasu wprowadzenia kolejnych zmian w  zakresie rozwoju opieki koordynowanej (ich wdrożenie przewidziane jest nie wcześniej niż po upływie I kwartału 2022 r., ze względu na konieczność zmiany przepisów ustawowych), stawka kapitacyjna, o której mowa w  załączniku nr 1 poz. 6.1 zmienianego zarządzenia Nr 160/2021/DSOZ dotyczyć będzie zadania koordynatora związanego z promocją profilaktyki, tj. koordynowania procesu rekrutacji świadczeniobiorców do programów profilaktycznych oraz zapraszania świadczeniobiorców kwalifikujących się do danego programu. Pozostałe zadania POZ, realizowane dotychczas przez świadczeniodawców, będą finansowane na zasadach określonych sprzed wejścia tego aktu w życie. | Wejście w życie 6 stycznia 2022 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-52022dsoz,7478.html) |
| 14.01.2022 | Zarządzenie | ZARZĄDZENIE Nr 4/2022/BPZ PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 03.01.2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne | Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wprowadza zmiany w zarządzeniu Nr 168/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne, w załączniku nr 2, określającym wzór umowy i polegają wyłącznie na korekcie redakcyjnej § 4 tego załącznika.  Mając na uwadze to, iż zmiany przyjęte niniejszym zarządzeniem mają charakter wyłącznie porządkowy, do projektu nie znajduje zastosowania art. 146 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz § 2 ust. 3-5 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.  Zarządzenie zmieniające jest zgodne ze Strategią Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 realizując założenia celu nr 2.4 „Zwiększenie zakresu działań profilaktycznych”. | Wejście w życie 4 stycznia 2022 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-42022bpz,7477.html) |
| 14.01.2022 | Zarządzenie | ZARZĄDZENIE Nr 3/2022/DSOZ PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 03.01.2022 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń  kompleksowych | Uzasadnienie  Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.  Przedmiotowa regulacja dotychczas określona była w zarządzeniu Nr 70/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2021 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych, która zgodnie z § 22 zarządzenia, z dniem wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia, utraci moc obowiązującą. Opracowanie zarządzenia ma w szczególności na celu ujednolicenie przepisów oraz zachowanie ich przejrzystości, a tym samym ułatwienie interesariuszom ich stosowania.  Zmiany wprowadzone w niniejszym zarządzeniu obejmują:  1) w celu zachowania spójności przepisów dokonano zmiany brzmienia § 4 ust. 1, polegającej na wskazaniu wszystkich katalogów obejmujących produkty jednostkowe dedykowane do rozliczenia onkologicznych świadczeń kompleksowych w umowie PSZ w zakresie Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś) oraz Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG);  2) w zakresie załącznika nr 1on (Katalog onkologicznych świadczeń kompleksowych), w celu skorelowania przepisów załącznika z przepisami zarządzenia Nr 55/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.), zarządzenia Nr 182/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (z późn. zm.) oraz zarządzenia Nr 195/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką (z późn.zm.) wprowadzono:  1) produkty rozliczeniowe:   5.52.01.0001511 Badanie genetyczne materiału archiwalnego;   5.52.01.0001423 Wytworzenie stałego dostępu naczyniowego z wytworzeniem tunelu podskórnego przeznaczonego do użytku długoterminowego z hospitalizacją;   5.52.01.0001566 Usunięcie stałego dostępu naczyniowego z wytworzonym tunelem podskórnym przeznaczonego do użytku długoterminowego z hospitalizacją;   5.30.00.0000002 W02 Świadczenie receptowe;   Z100 Świadczenia zabiegowe - grupa 100;   5.05.00.0000104 znieczulenie całkowite dożylne;   5.05.00.0000105 konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego  oraz  2) możliwość sumowania produktu 5.11.02.9200001 ROKO Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorca z nowotworem piersi w warunkach stacjonarnych z produktem 5.53.01.0001649 Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z załącznika 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne.  Pozostałe zmiany wprowadzone w zarządzeniu mają charakter porządkowy.  Skutek finansowy dla wprowadzanych niniejszym zarządzeniem zmian w chwili obecnej nie jest możliwy do oszacowania.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.  Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.) został poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 14 dni. W ramach konsultacji projekt przedstawiono do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach. W wyniku konsultacji uwagi do projektu zgłosiło 10 podmiotów.  Uwagi odnoszące się stricte do przedmiotu zarządzenia zostały uwzględnione w niniejszym zarządzeniu. Niektóre z uwag odnoszą się do kwestii merytorycznych, które wymagają analiz i dalszych prac.  Z dniem wejścia w życie zarządzenia utraci moc obowiązującą dotychczasowe zarządzenie Nr 70/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2021 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych.  Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia  1 stycznia 2022 r. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania. | Wejście w życie 4 stycznia 2022 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-32022dsoz,7476.html) |
| 14.01.2022 | Zarządzenie | ZARZĄDZENIE Nr 2/2022/DSOZ PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 03.01.2022 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne  – świadczenia kompleksowe | Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy  z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych  ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.  Przedmiotowa regulacja dotychczas określona była w zarządzeniu Nr 166/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe (z późn. zm.), która zgodnie z § 19 zarządzenia, z dniem wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia, utraci moc obowiązującą.  Opracowanie zarządzenia ma na celu ujednolicenie przepisów oraz zachowanie ich przejrzystości, a tym samym ułatwienie interesariuszom  ich stosowania.  Zmiany dokonane w niniejszym zarządzeniu obejmują:  1) dostosowanie § 4 – Warunki finansowania świadczeń oraz § 6 – Kary umowne załącznika nr 2 do zarządzenia stanowiącego wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe do przepisów § 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.);  2) w zakresie załącznika nr 1k do zarządzenia dodano produkt rozliczeniowy 5.53.01.0001649 - Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie  o znacznym stopniu niepełnosprawności z możliwością jego rozliczenia  w ramach stacjonarnej rehabilitacji kardiologicznej.  Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.), został poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 14 dni. W ramach konsultacji projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych)  oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach. W wyniku konsultacji uwagi do projektu zgłosiły  2 podmioty. Nie dotyczyły one przedmiotu proponowanych zmian.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.  Skutek finansowy dla wprowadzanych niniejszym zarządzeniem zmian nie jest możliwy do oszacowania.  Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych  od dnia 1 stycznia 2022 r. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania. | Wejście w życie 4 stycznia 2022 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-22022dsoz,7475.html) |
| 14.01.2022 | Zarządzenie | ZARZĄDZENIE Nr 1/2022/DSOZ PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 03.01.2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne | Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.  Przedmiotowa regulacja określona była dotychczas w zarządzeniu Nr 55/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.), która zgodnie z § 31 zarządzenia, z dniem wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia, utraci moc obowiązującą. Opracowanie zarządzenia ma na celu ujednolicenie przepisów oraz zachowanie ich przejrzystości, a tym samym ułatwienie interesariuszom ich stosowania.  Zmiany dokonane w niniejszym zarządzeniu obejmują:  1) w celu ujednolicenia z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2021 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2022 r. (Dz. U. poz. 1768), dokonano zmian wartości wysokości opłat w 2022 r. Zgodnie z wynikami analizy wysokości kosztów ponoszonych przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi w związku z pobieraniem krwi i jej składników oraz preparatyką, przechowywaniem i ich wydawaniem, w odniesieniu do uzyskiwanych przychodów z tego tytułu, uległy zmianie wartości dwóch produktów rozliczeniowych (5.53.01.0001515 Przetoczenie ubogoleukocytarnego koncentratu krwinek płytkowych z aferezy – 1000 zł oraz 5.53.01.0001523 Filtrowanie jednostki krwi lub jej składników – 77 zł). Ponadto, zgodnie z § 8 ust. 2 ww. rozporządzenia stworzono produkt rozliczeniowy: 5.53.01.0001543 Osocze świeżo mrożone pobrane metodą aferezy o wartości 45 zł, możliwy do sumowania z produktem rozliczeniowym: 5.53.01.0001517 Przetoczenie osocza świeżo mrożonego. Zmiana, wynikająca z ww. rozporządzenia, podyktowana jest koniecznością doprecyzowania i rozwiania wątpliwości interpretacyjnych związanych z podziałem donacji;  2) w związku ze zmianą wysokości limitu finansowania ustalonego w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 października 2021 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2021 r. poz. 82) ustalonego na dzień 1 listopada 2021 r. zmodyfikowano wartość produktu rozliczeniowego z załącznika nr 1c: 5.53.01.0001401 Leczenie przetoczeniami immunoglobulin. Obecnie wartość ta wynosi 255,15 zł za każdy 1 gram immunoglobulin;  3) w zakresie załącznika nr 1b do zarządzenia (Katalog produktów odrębnych) utworzono nowe produkty rozliczeniowe: 5.52.01.0001564 Pobyt do podania leku w leczeniu orbitopatii tarczycowej (obejmuje dożylną sterydoterapię wraz z wykonaniem rutynowych badań laboratoryjnych monitorujących terapię, przy rozliczeniu konieczne wykazanie rozpoznania ICD- 10: E05.0, E06.3, H06.2) oraz 5.52.01.0001565 Pobyt do wykonania upustu krwi w przebiegu chorób krwi i narządów krwiotwórczych (konieczne wskazanie procedury 38.99), na zasadach określonych w § 26 pkt 13 zarządzenia (w uzasadnionych medycznie przypadkach umożliwiono wykazanie do rozliczenia pomimo nieprzekroczenia 14 dniowego okresu między ich udzieleniem podczas odrębnych pobytów pacjenta w szpitalu);  4) zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem obejmują również modyfikację załącznika nr 1b i 1c w zakresie produktów rozliczeniowych dedykowanych pobraniom narządowym. Zmiany te związane są z koniecznością dostosowania przepisów zarządzenia Prezesa Funduszu z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2014 r. poz. 469, z późn. zm.). W związku z tym, w załącznikach utworzone zostały odpowiednie produkty rozliczeniowe wraz z wartościami wynikającymi z ww. rozporządzenia;  5) zmiany w obrębie załączników 2a, 2b i 2c, stanowiących wzory umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne / leczenie szpitalne - teleradioterapia / brachyterapia / terapia izotopowa / terapia protonowa nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku/ leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne wynikają z konieczności ich dostosowania do przepisów § 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.);  6) modyfikacje w zakresie załącznika nr 1ts do zarządzenia mają charakter porządkujący (zmiany wynikające ze zmian z załącznika nr 1b);  7) świadczeniodawcom, w przypadku udzielania świadczeń świadczeniobiorcom poniżej 18 r. ż., którzy zrealizowali JGP: PZB02 Zabiegi z wykonaniem witrektomii <18 r. ż, PZB03 Średnie zabiegi na oczodole i aparacie łzowym < 18 r.ż. oraz PZB05 Duże zabiegi na rogówce i twardówce <18 r.ż., określone w załączniku nr 3d do zarządzenia, a w roku poprzedzającym rok, w którym stosowany jest współczynnik korygujący, ich udział w realizacji poszczególnych JGP na rzecz świadczeniobiorców poniżej 18 r.ż. przekroczył 10% wszystkich zrealizowanych na rzecz tych świadczeniobiorców odpowiednich JGP, umożliwiono korygowanie wartości produktu rozliczeniowego z katalogu grup o współczynnik o wartości 1,2 (załącznik nr 3d do zarządzenia);  8) realizując wnioski pokontrolne Najwyższej Izby Kontroli pt. Realizacja świadczeń zdrowotnych w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego, w celu zminimalizowania skutków epidemii COVID-19, które wpłynęły na zmniejszenie liczby wykonanych zabiegów endoprotezoplastyki i przesunięcie ich w czasie umożliwiono świadczeniodawcom korygowanie wartości produktu rozliczeniowego z katalogu grup z zastosowaniem współczynników na podstawie realizacji świadczeń udzielonych w roku 2019 albo 2021;  9) zmiany w charakterystyce JGP (załącznik nr 9 do zarządzenia) obejmują:  a) B31 Duże rekonstrukcje na aparacie ochronnym oka - w związku z wynikami opracowania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr WT.5403.40.2021 z dnia 5 listopada 2021 r. w sprawie oszacowania kosztów operacji opadania powiek umożliwiono rozliczanie procedury 08.34 Operacja opadania powiek - operacja mięśnia dźwigacza u pacjentów poniżej 18 roku życia w ramach grupy B31 Duże rekonstrukcje na aparacie ochronnym oka (w grupie B31 został utworzony dodatkowy warunek: wskazanie procedury 08.34 Operacja opadania powiek - operacja mięśnia dźwigacza oraz wiek < 18 r.ż.),  b) C14 Średnie zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani - procedurę 27.499 Wycięcie w zakresie jamy ustnej przeniesiono do grupy C15 Małe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani (z listy procedur C14 została usunięto procedura: 27.499 Wycięcie w zakresie jamy ustnej – inne pozostawiono),  c) C15 Małe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani - do listy procedur C15 dodano procedurę 27.499 Wycięcie w zakresie jamy ustnej – inne (procedura przeniesiona z grupy C14),  d) C31 Kompleksowe zabiegi uszu - w grupie C31 Kompleksowe zabiegi uszu w przypadku realizacji procedur: 18.31 Radykalne wycięcie zmiany ucha zewnętrznego i 20.51 Wycięcie zmiany ucha środkowego poza dotychczasowym warunkiem związanym ze wskazaniem procedury wykonania badania histopatologicznego (Y90) należy dodatkowo sprawozdać jedno z wybranych rozpoznań wg. ICD 10: C30.1 Nowotwór złośliwy (ucho środkowe), C43.2 Czerniak złośliwy ucha i przewodu słuchowego zewnętrznego, C44.2 Nowotwór złośliwy (skóra ucha i przewodu słuchowego zewnętrznego), C49.0 Nowotwór złośliwy (tkanka łączna i inne tkanki miękkie głowy, twarzy i szyi),  e) D18, D47, D48 - w obszarze chorób związanych z zapaleniem płuc zrezygnowano z dotychczasowego podziału grup ze względu na możliwość wystąpienia powikłań lub chorób współistniejących bądź ich brak. Grupa D47 Zapalenie płuc z powikłaniami i chorobami współistniejącymi została usunięta, z kolei z nazwy grupy D48 Zapalenie płuc bez powikłań i chorób współistniejących została usunięta część informująca, że grupa dotyczy hospitalizacji bez powikłań i chorób współistniejących. Z nazwy grupy D18 Zapalenie płuc nietypowe, wirusowe usunięto słowo „wirusowe”, a rozpoznania wg ICD10 o nieuszczegółowionej diagnozie zostały przeniesione do grupy D48 Zapalenie płuc. Do grupy D48 Zapalenie płuc zostały dodane rozpoznania o nieuszczegółowionej diagnozie (rozpoznania o nieuszczegółowionej diagnozie wg ICD 10 przeniesione z grupy D18 Zapalenie płuc nietypowe),  f) F58E Choroby zapalne jelit > 65 r.ż., F58F Choroby zapalne jelit < 66r.ż. - dla grup F58E Choroby zapalne jelit > 65 r.ż. oraz F58F Choroby zapalne jelit < 66r.ż. zostały dodane warunki wykonania dodatkowych procedur medycznych wg ICD 9,  g) H22 Artroskopia lecznicza - w grupie H22 Artroskopia lecznicza umożliwiono realizację procedur: 83.881 Plastyka ścięgna i mięśnia, 83.882 Ufiksowanie ścięgna, 83.883 Tenodeza - inna niż ręki oraz 83.884 Plastyka ścięgna,  h) P04 Choroby dolnych dróg oddechowych, P30 Infekcje wirusowe określone- umożliwione zostało rozliczanie hospitalizacji pacjentów leczonych z powodu COVID- 19 w oddziałach pediatrycznych. W grupie P04 Choroby dolnych dróg oddechowych oraz P30 Infekcje wirusowe określone do listy rozpoznań dodano rozpoznanie o kodzie: U07.1 COVID-19,  i) Q22 Zakrzepowe zapalenie żył - leczenie operacyjne - z charakterystyki JGP została usunięta grupa Q22 Zakrzepowe zapalenie żył - leczenie operacyjne. Procedury, które dotychczas były rozliczane w ramach tej grupy są nadal możliwe do rozliczenia w grupie Q23 Operacje żylaków z safenektomią oraz w grupie Q24 Operacje żylaków bez safenektomii.  Wprowadzenie zmian wynikających z przedmiotowego zarządzenia będzie wiązało się z alokacją środków przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej w wysokości 63 035 198 zł.  Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.), został poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 14 dni. W ramach konsultacji projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach.  W toku konsultacji opinie dotyczące projektu zarządzenia przedstawiło 20 podmiotów. Podczas ich rozpatrywania uwzględniono te, które były merytorycznie zasadne, między innymi odstąpiono od wprowadzenia zmian w §25 zarządzenia. Centrala Funduszu będzie jednak nadal prowadzić prace związane ze zmianą konstrukcji rozliczania poprzez produkt rozliczenie za zgodą płatnika, dążąc do tego, aby rozliczanie świadczeń w tym trybie traktowane było jako wyjątek, a nie ogólna zasada rozliczania udzielonych świadczeń.  Zdecydowana większość pozostałych zgłoszonych uwag wymaga szczegółowych analiz i dalszych prac.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.  Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2022 r. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania. | Wejście w życie 4 stycznia 2022 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-12022dsoz,7474.html) |
| 14.01.2022 | Zarządzenie | ZARZĄDZENIE Nr 224/2021/DSOZ PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 30.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin | Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 199/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin, stanowi wykonanie upoważnienia wynikającego z art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 48e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.).  Niniejszym zarządzeniem nadano nowe brzmienie przepisowi § 9 ust. 4 zarządzenia. Przedmiotowa zmiana ma charakter porządkujący, dostosowujący przepisy zarządzenia do obowiązujących warunków realizacji świadczeń objętych programem pilotażowym.  Wprowadzona zmiana wpisuje się w realizację m.in. celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 31 grudnia 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-2242021dsoz,7473.html) |
| 14.01.2022 | Zarządzenie | ZARZĄDZENIE Nr 223/2021/DSOZ PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 30.12.2021 r. uchylające zarządzenie zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką | Uchylenie zarządzenia Nr 65/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączka, zmienionego zarządzeniem Nr 155/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 września 2021 r. jest konsekwencją przedstawienia przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) nowego sposobu rozliczania produktów rozliczeniowych w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej. Na podstawie propozycji Prezesa AOTMiT, został opracowany i przedstawiony do konsultacji społecznych w projekcie zarządzenia Prezesa NFZ nowy katalog produktów rozliczeniowych w przedmiotowych zakresach. Tym samym zmiany wprowadzane od 1 stycznia 2022 r. uchylanym zarządzeniem w załączniku 1m do zarządzenia, stały się bezprzedmiotowe. Pozostawienie w mocy zarządzenia Nr 65/2021/DSOZ z dnia 9 kwietnia 2021 r., przy jednoczesnym procedowaniu innego rozwiązania docelowego w omawianym zakresie może skutkować niepewnością świadczeniodawców co do sposobu finansowania świadczeń i dezorganizacją ich udzielania. Ponadto rzetelna analiza uwag zgłoszonych w ramach konsultacji ww. projektu zarządzenia i ich ewentualne uwzględnienie w jego treści wymagają utrzymania w mocy obowiązujących rozwiązań w zakresie wyceny fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej. Uchylenie zarządzenia Nr 65/2021/DSOZ zapewni ten stan do czasu wejścia w życie projektowanych zmian.  Biorąc pod uwagę powyższe postanowiono o niezwłocznym uchyleniu przedmiotowego zarządzenia zmieniającego. | Wejście w życie 1 stycznia 2022 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-2232021dsoz,7472.html) |
| 14.01.2022 | Zarządzenie | ZARZĄDZENIE Nr 162/2020/DGL  PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 16 października 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe | Tekst ujednolicony zarządzenia  Tekst ujednolicony zawiera zmiany wprowadzone zarządzeniem Nr 196/2020/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2020 r., zarządzeniem Nr 29/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 lutego 2021 r., zarządzeniem Nr 59/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2021 r., zarządzeniem Nr 102/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 czerwca 2021 r., zarządzeniem Nr 136/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 lipca 2021 r., zarządzeniem Nr 167/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 października 2021 r. oraz zarządzeniem Nr 190/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 listopada 2021 r.  Niniejszy tekst (ujednolicony) ma charakter pomocniczy i nie stanowi źródła prawa. |  | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1622020dgl-tekst-ujednolicony,7471.html) |
| 14.01.2022 | Zarządzenie | ZARZĄDZENIE Nr 222/2021/GPF PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 30.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie powołania Zespołu do spraw monitorowania prawidłowości postępowania w przypadkach podejrzenia lub zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 | Nowelizacja zarządzenia Nr 28/2020/GPF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 marca 2020 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw monitorowania prawidłowości postępowania w przypadkach podejrzenia lub zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 polega na wprowadzeniu zmian w zakresie składu osobowego Zespołu (§ 2 ust. 1) oraz na modyfikacji przepisu § 6, wskazującego, iż obsługę organizacyjno-techniczną Zespołu zapewnia Gabinet Prezesa Funduszu (dotychczas zapewniał Departament ds. Służb Mundurowych). | Wejście w życie 31 grudnia 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-2222021gpf,7470.html) |
| 14.01.2022 | Zarządzenie | ZARZĄDZENIE Nr 218/2021/BPZ PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 27.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne | Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wprowadza zmiany w zarządzeniu Nr 168/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne, poprzez określenie nowego wzoru umowy.  Wprowadzane zmiany polegają na dostosowaniu § 4 - Warunki finansowania świadczeń oraz § 6 - Kary umowne do przepisów § 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.). Zmiany wynikające ze wskazanych przepisów zostały już wprowadzone do obowiązujących umów ze świadczeniodawcami w drodze aneksów.  Mając na uwadze to, iż zmiany przyjęte niniejszym zarządzeniem mają charakter wyłącznie porządkowy, do projektu nie znajduje zastosowania art. 146 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz § 2 ust. 3-5 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.  Zarządzenie zmieniające jest zgodne ze Strategią Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 realizując założenia celu nr 2.4 „Zwiększenie zakresu działań profilaktycznych”. | Wejście w życie 28 grudnia 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-2182021bpz,7469.html) |
| 14.01.2022 | Zarządzenie | ZARZĄDZENIE Nr 217/2021/DSOZ  PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 23.12.2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 | Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 102 ust. 1 i ust. 5 pkt 21 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.) oraz polecenia Ministra Zdrowia z dnia 2 marca 2021 r. (z późn. zm.), z dnia 2 kwietnia 2021 r. (z późn. zm.) i z dnia 8 września 2021 r. (z późn. zm.) wydanego na podstawie art. 11h ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 2095, z późn. zm.).  Przedmiotowa regulacja określona była dotychczas w zarządzeniu Nr 42/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 marca 2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (z późn. zm.), która zgodnie z § 6 zarządzenia, z dniem wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia, utraci moc obowiązującą.  Opracowanie zarządzenia ma na celu ujednolicenie przepisów oraz zachowanie ich przejrzystości, a tym samym ułatwienie interesariuszom ich stosowania.  Zgodnie z poleceniem Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2021 r., znak: DLU.736.623.2021.KB od dnia 1 stycznia 2022 r. finansowanie testów diagnostycznych RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2 będą mogły uzyskać medyczne laboratoria diagnostyczne lub podmioty je prowadzące wpisane na wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (zwanego dalej „wykazem”), sporządzany i prowadzony, zgodnie z właściwością miejscową, przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.  Na wykazie zostaną umieszczone medyczne laboratoria diagnostyczne lub podmioty je prowadzące, wykonujące testy na obecność wirusa SARS-CoV-2:  1) z którymi NFZ zawarł umowę na finansowanie tych testów, obowiązującą w dniu 30 grudnia 2021 r.;  2) które złożyły wniosek o wpisanie ich do wykazu oraz spełniają które złożyły wniosek o wpisanie ich do wykazu oraz spełniają warunki określone poleceniem Ministra Zdrowia znak: DLU.736.620.2021.KB z dnia 8 grudnia 2021 r.  Dodatkowo, w związku z weryfikacją wyceny świadczeń związanych z wykonaniem testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 i przeprowadzoną przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji analizą kosztów w tym obszarze dokonano zmiany wartości poniższych produktów rozliczeniowych:  99.05.0001 Wykonanie testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 - 113 zł  99.05.0002 Wykonanie testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 (bez kosztu odczynników) – 66 zł,  Zmiana wycen obejmuje także produkty rozliczeniowe dotyczące wykonania badania po upływie 24h od wykonania testu na obecność wirusa SARS-CoV-2:  99.05.0003 Wykonanie testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 – 101 zł;  99.05.0004 Wykonanie testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 (bez kosztu odczynników) – 54 zł.  Zmiana wartości obejmuje także:  99.05.0005 Wykonanie testu antygenowego na obecność wirusa SARS-CoV-2 – 35,83 zł,  99.05.0006 Wykonanie testu antygenowego na obecność wirusa SARS-CoV-2 (bez kosztu testu) – 23,24 zł.  W związku z powyższym dokonano zmian w załącznikach do zarządzenia. Pozostałe zmiany w nich dokonane maja charakter porządkowy.  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2022 r. | Wejście w życie 1 stycznia 2022 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-2172021dsoz,7468.html) |
| 14.01.2022 | Zarządzenie | ZARZĄDZENIE Nr 216/2021/DSOZ PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 22.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej | Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 136c ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), na mocy którego Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia upoważniony jest do określenia szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.  Niniejszym zarządzeniem wprowadzono zmiany w zarządzeniu Nr 56/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2021 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w brzmieniu wynikającym z załącznika do obwieszczenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 listopada 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.  Zmiany w ww. regulacji mają charakter porządkujący. Zmiany w załączniku nr 2 (określenie nowego wzoru umowy) wprowadzone niniejszym zarządzeniem polegają na dostosowaniu § 4 - Warunki finansowania świadczeń oraz § 5 - Kary umowne do przepisów § 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.).  Wprowadzone zmiany wpisują się w realizację celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 23 grudnia 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-2162021dsoz,7467.html) |
| 14.01.2022 | Zarządzenie | ZARZĄDZENIE Nr 215/2021/DSOZ PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 22.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne | Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie stomatologiczne, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.).  Zmiany w załączniku nr 2 do zarządzenia (określenie nowego wzoru umowy) polegają na dostosowaniu § 4 - Warunki finansowania świadczeń oraz § 7 - Kary umowne do przepisów § 16 załącznika do ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.  Zmiany wynikające ze wskazanych przepisów zostały już wprowadzone do obowiązujących umów ze świadczeniodawcami w drodze aneksów.  Mając na uwadze to, iż zmiany umów przyjęte niniejszym zarządzeniem mają charakter wyłącznie porządkowy, to tym samym do projektu nie ma zastosowania przepis art. 146 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz § 2 ust. 3-5 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zeń opieki zdrowotnej (Dz. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.).  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 23 grudnia 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-2152021dsoz,7466.html) |
| 14.01.2022 | Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 214/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 22.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego | Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 55/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2020 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (z późn. zm.) stanowi wykonanie upoważnienia wynikającego z art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 48e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.).  Niniejszym zarządzeniem wprowadzono nowe brzmienie załącznika nr 2 do zarządzenia, stanowiącego wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego. Przedmiotowa zmiana ma charakter porządkujący. Zarządzenie, zgodnie z § 2, wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.  Wprowadzone zmiany wpisują się w kluczowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia cele określone w Strategii na lata 2019-2023, m.in. (cel 2) - Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 23 grudnia 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-2142021dsoz,7465.html) |
| 14.01.2022 | Zarządzenie | ZARZĄDZENIE Nr 212/2021/DSOZ PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 21.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką | Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, stanowi wykonanie upoważnienia zamieszczonego w art. 146 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz.1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.  Zmiana załącznika nr 2 (określenie nowych wzoru umowy) wprowadzona niniejszym zarządzeniem polegają na dostosowaniu § 4 - Warunki finansowania świadczeń oraz § 6 - Kary umowne do przepisów § 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.). Zmiany wynikające ze wskazanych przepisów zostały już wprowadzone do obowiązujących umów ze świadczeniodawcami w drodze aneksów.  Mając na uwadze to, iż zmiany przyjęte niniejszym zarządzeniem mają charakter wyłącznie porządkowy, wynikający wprost z przepisów prawa, do projektu nie znajduje zastosowania art. 146 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz § 2 ust. 3-5 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej  Powyższe zmiany wpisują się w kluczowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia cele określone w Strategii na lata 2019-2023 jak: (cel 2) Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz (cel 5) Poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 22 grudnia 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-2122021dsoz,7463.html) |
| 14.01.2022 | Zarządzenie | ZARZĄDZENIE Nr 211/2021/DSOZ PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 21.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku  z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” | Niniejsze zarządzenie, zmieniające zarządzenie nr 178/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach” oraz art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. 2020 poz. 1329).  W związku z ograniczoną dostępnością do świadczeń w zakresie Dziecięcej Opieki Koordynowanej (DOK), biorąc pod uwagę zalecenia pokontrolne Najwyższej Izby Kontroli oraz postulaty świadczeniodawców realizujących DOK, wprowadzono modyfikację rozliczania świadczeń pozwalającą bardziej elastycznie realizować plan opieki. Zmiany polegają na możliwości udziału w ocenie kwartalnej i rocznej, zamiast (obowiązkowego dotychczas) okulisty, innego lekarza specjalisty, w zależności od wskazań medycznych (zgodnie z decyzją lekarza koordynującego) oraz dodaniu do katalogu świadczeń produktu rozliczeniowego: „dodatkowa konsultacja jednego lekarza specjalisty innego niż uczestniczący w poradach kompleksowych (częstotliwość: 24 razy w 3 letnim cyklu leczenia tj. 8 porad rocznie)” z możliwością jej rozliczania na zasadach określonych w zarządzeniu. W opisie zasad realizacji świadczeń wskazano także, aby częstotliwość wizyt w poradni była możliwie najmniejsza, w celu minimalnego obciążenia dziecka i jego opiekunów.  Zakłada się, że w wyniku zwiększenia liczby podmiotów realizujących DOK nastąpi przesunięcie do przedmiotowego zakresu środków wydatkowanych aktualnie na świadczenia realizowane w ramach innych zakresów świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i rehabilitacji leczniczej, zatem zmiana zarządzenia nie powinna generować skutków finansowych.  Zarządzenie, w zakresie rozliczania DOK, stosowane będzie do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 stycznia 2022 r.  Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2020 r. poz. 320, z późn. zm.), został przedstawiony do konsultacji zewnętrznych. W ramach konsultacji publicznych projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych), reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust.1 ustawy o świadczeniach.  W ramach konsultacji 6 podmiotów wyraziło opinię w większości nie zgłaszając uwag do projektu zarządzenia. Jeden z podmiotów zwrócił uwagę na potrzebę rozszerzenia zakresu rehabilitacji nie tylko dedykowanej dzieciom wymagającym koordynowanej opieki, natomiast jeden z podmiotów wnioskował o rozliczanie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych na zasadach ogólnych dla AOS.  Ponadto, niniejsze zarządzenie wprowadza zmiany w załącznikach nr 2a – 2c do zarządzenia (określenie nowych wzorów umów) polegające na dostosowaniu § 4 - Warunki finansowania świadczeń oraz § 6 - Kary umowne do przepisów § 16 załącznika do ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zmiany wynikające ze wskazanych przepisów zostały już wprowadzone do obowiązujących umów ze świadczeniodawcami w drodze aneksów.  Mając na uwadze to, iż zmiany umów przyjęte niniejszym zarządzeniem mają charakter wyłącznie porządkowy, to tym samym do projektu nie ma zastosowania przepis art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz § 2 ust. 3-5 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zeń opieki zdrowotnej (Dz. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.).  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 22 grudnia 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-2112021dsoz,7462.html) |
| 14.01.2022 | Zarządzenie | ZARZĄDZENIE Nr 208/2021/DWM  PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 20.12.2021 r. zmieniające zarządzenia w sprawie okresu ważności  oraz trybu wydawania Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego w związku z pobytem czasowym w innym niż Rzeczpospolita Polska  państwie członkowskim UE/EFTA | Niniejszym zarządzeniem wprowadza się zmiany w zarządzeniu Nr 81/2020/DWM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 czerwca 2020 r., w sprawie okresu ważności oraz trybu wydawania Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego wydawanej w związku z pobytem czasowym w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/EFTA.  Mając na uwadze fakt, że Wielka Brytania wystąpiła ze struktur UE, a wnioskodawcy nadal są uprawnieni do otrzymania EKUZ związku z wyjazdem do tego państwa na podstawie art. 30 ust.1 umowy o wystąpieniu Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej z Unii Europejskiej i Europejskiej Wspólnoty Energii Atomowej (Dz. Urz. UE. L 2020 Nr 29, str. 7) oraz Protokołu  w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego będącego częścią umowy o handlu i współpracy między Unią Europejską i Europejską Wspólnotą Energii Atomowej, z jednej strony, a Zjednoczonym Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, z drugiej strony (Dz. Urz. UE. L 2020 Nr 444, str. 14) - zmianie uległ tytuł zarządzenia Nr 81/2020/DWM.  Jednocześnie, w celu poprawy satysfakcji odbiorców, jak również zwiększenia efektywności pracy w oddziałach wojewódzkich NFZ, wprowadzono zmiany okresów, na jaki będą wydawane Europejskie Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego w odniesieniu do osób wykonujących pracę nakładczą i pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące zlecenia lub osobami z nimi współpracującymi. Weryfikując potrzeby wnioskodawców oraz biorąc pod uwagę przewidywany okres uprawnień, wydłużono okres ważności EKUZ z 2 miesięcy na 6 miesięcy dla ww. kategorii osób.  Uprawnienie Narodowego Funduszu Zdrowia do ustalania okresów na jaki wydawane będą Europejskie Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) wynika  z postanowień Decyzji nr S1 z dnia 12 czerwca 2009 r. Komisji Administracyjnej ds. Koordynacji Systemów Zabezpieczenia Społecznego.  Jednocześnie w zarządzeniu zrezygnowano z możliwości składania wniosków za pośrednictwem e-mail, na rzecz Internetowego Konta Pacjenta (IKP) lub ePUAP jako alternatywnych i bezpiecznych kanałów składania wniosków.  Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenia w sprawie okresu ważności oraz trybu wydawania Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego w związku z pobytem czasowym w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/EFTA, realizuje szczególnie ważny dla perspektywy rozwoju Narodowego Funduszu Zdrowia cel strategiczny nr 1.1 tj. Poprawa obsługi przez NFZ, o którym mowa w dokumencie „Strategia Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023”. | Wejście w życie 21 grudnia 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-2082021dwm,7461.html) |
| 14.01.2022 | Zarządzenie | ZARZĄDZENIE Nr 207/2021/DSOZ PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 17.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej | Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.).  Zmiany w załączniku nr 2 (określenie nowego wzoru umowy) wprowadzone niniejszym zarządzeniem polegają na dostosowaniu § 4 - Warunki finansowania świadczeń oraz § 6 - Kary umowne do przepisów § 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.). Zmiany wynikające ze wskazanych przepisów zostały już wprowadzone do obowiązujących umów ze świadczeniodawcami w drodze aneksów.  Mając na uwadze to, iż zmiany przyjęte niniejszym zarządzeniem mają charakter wyłącznie porządkowy, to tym samym nie znajduje zastosowanie art. 146 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz § 2 ust. 3-5 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.  Wprowadzone zmiany wpisują się w realizację celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 18 grudnia 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-2072021dsoz,7459.html) |
| 14.01.2022 | Zarządzenie | ZARZĄDZENIE Nr 206/2021/DSOZ PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 17.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna | Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2021, poz. 1285, z późn zm.).  Zmiany załączników nr 2a – 2c (określenie nowych wzorów umów) wprowadzone niniejszym zarządzeniem polegają na dostosowaniu § 4 - Warunki finansowania świadczeń oraz § 6 - Kary umowne do przepisów § 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.). Zmiany wynikające ze wskazanych przepisów zostały już wprowadzone do obowiązujących umów ze świadczeniodawcami w drodze aneksów.  Mając na uwadze to, iż zmiany przyjęte niniejszym zarządzeniem mają charakter wyłącznie porządkowy, do projektu nie znajduje zastosowania art. 146 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz § 2 ust. 3-5 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 18 grudnia 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-2062021dsoz,7458.html) |
| 14.01.2022 | Zarządzenie | ZARZĄDZENIE Nr 205/2021/DSOZ PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 17.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie | Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 167/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.).  Niniejszym zarządzeniem nadano nowe brzmienie załącznikom nr 2 i 2a - 2d do zarządzenia, w których określone zostały nowe wzory umów. Zmiany w ww. załącznikach, wprowadzone niniejszym zarządzeniem polegają na dostosowaniu § 4 - Warunki finansowania świadczeń oraz w § 5 lub w § 6 - Kary umowne do przepisów § 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.). Zmiany wynikające ze wskazanych przepisów zostały już wprowadzone do obowiązujących umów ze świadczeniodawcami w drodze aneksów.  Mając na uwadze to, iż zmiany przyjęte niniejszym zarządzeniem mają charakter wyłącznie porządkowy, to tym samym nie znajduje zastosowanie art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz § 2 ust. 3-5 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wprowadzone zmiany wpisują się w kluczowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia cele określone w Strategii na lata 2019-2023, m.in. (cel 2) - Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania. | Wejście w życie 18 grudnia 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-2052021dsoz,7457.html) |
| 14.01.2022 | Zarządzenie | ZARZĄDZENIE Nr 204/2021/DSOZ PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 17.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie wniosków o indywidualne sprawozdanie lub rozliczenie świadczeń | Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie wniosków o indywidualne sprawozdanie lub rozliczenie świadczeń, ujednolica procedury wydawania przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia decyzji w sprawie indywidualnego sprawozdania lub rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej.  W przedmiotowym zarządzeniu, w porównaniu do dotychczas obowiązującego, wprowadzono zmiany w zakresie szablonu załączników nr 4, 5 i 5a, wynikające ze zmian przepisów zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne.  Niniejsze zarządzenie nie wywołuje skutku finansowego po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia.  Zarządzenie nie ma wpływu na warunki realizacji świadczeń, w związku z powyższym nie podlega opiniowaniu.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 dotyczącego poprawy jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2022 r. | Wejście w życie 1 stycznia 2022 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-2042021dsoz,7456.html) |
| 14.01.2022 | Zarządzenie | ZARZĄDZENIE Nr 203/2021/DSOZ PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 17.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczeń zaopatrzenie w wyroby medyczne | Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dokonuje zmiany zarządzenia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczeń zaopatrzenie w wyroby medyczne, stanowiąc wykonanie upoważnienia zawartego w art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.).  Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem uwarunkowane są wprowadzeniem współczynników korygujących kwotowych dotyczących świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne, pracowników wykonujących zawód medyczny oraz przy udziale pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, w podmiotach leczniczych, co stanowi wypełnienie obowiązku nałożonego na Prezesa NFZ przepisami § 16 ust. 3 i 4d załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.).  W związku z powyższym zmianie uległ załącznik nr 1 do zarządzenia stanowiący wzór umowy o udzielanie przedmiotowych świadczeń opieki zdrowotnej.  Zmiana załącznika nr 1 (określenie nowego wzoru umowy) wprowadzone niniejszym zarządzeniem polega na dostosowaniu § 4 - Warunki finansowania świadczeń oraz § 5 - Kary umowne do przepisów § 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.).  Zmiany wynikające ze wskazanych przepisów zostały już wprowadzone do obowiązujących umów ze świadczeniodawcami w drodze aneksów.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 dotyczącego poprawy jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej | Wejście w życie 18 grudnia 2022 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-2032021dsoz,7455.html) |
| 14.01.2022 | Zarządzenie | ZARZĄDZENIE Nr 202/2021/BPZ PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 17.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie umów o realizację programu pilotażowego  „Profilaktyka 40 PLUS” | Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenie w sprawie umów o realizację programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” wprowadza zmiany w zarządzeniu Nr 109/2021 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 czerwca 2021 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”. Zmiany te głównie związane są z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 grudnia 2021 r zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” (Dz. U. poz. 2278) i mają na celu dostosowanie przepisów zarządzenia do ww. regulacji.  Przyjęte modyfikacje przepisów przedłużają okres trwania programu pilotażowego do 30 czerwca 2022 r., a ponadto redukują jeden z elementów badań antropometrycznych – ocenę miarowości rytmu serca. Dodatkowo zarządzenie systematyzuje formę uzyskania e-skierowania dla świadczeniobiorcy.  Zarządzenie zmieniające w sprawie zawarcia umów o realizację programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”, stanowi wykonanie upoważnienia określonego w art. 48e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.) i jest zgodne ze Strategią Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 realizując założenia celu nr 2.4 „Zwiększenie zakresu działań profilaktycznych”. | Wejście w życie 18 grudnia 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-2022021bpz,7454.html) |
| 13.01.2022 | Zarządzenie | Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 stycznia 2022 r. w sprawie powołania Komisji Inwentaryzacyjnej | Komisja ma na celu ustalenie i sporządzenie wykazu składników majątkowych, innych niż nieruchomości, będących w dyspozycji Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, zgodnie ze stanem na dzień 31 grudnia 2021 r.  Komisja zakończy pracę w terminie do dnia 11 lutego 2022 r. | Wejście w życie 11 stycznia 2022 r. | [Zarządzenie z dnia 11 stycznia 2022 r. (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2022/3/akt.pdf) |
| 13.01.2022 | Zarządzenie | Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 stycznia 2022 r. w sprawie ustanowienia Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw rehabilitacji leczniczej po chorobie wywołanej wirusem SARS-CoV-2 | Do zadań Pełnomocnika należy:  1) ocena w zakresie efektywności klinicznej programów z zakresu rehabilitacji leczniczej po chorobie COVID-19:  a) programu pilotażowego w zakresie rehabilitacji leczniczej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19,  b) programu fizjoterapii dla osób po przebyciu COVID-19 realizowanego w gabinecie fizjoterapeutycznym lub w domu pacjenta,  c) programu z zakresu rehabilitacji pacjentów po przebytej chorobie COVID-19 realizowanego w uzdrowiskach i w trybie stacjonarnym;  2) inicjonowanie zmian zasad realizacji rehabilitacji leczniczej po chorobie COVID-19 oraz uzgadnianie koncepcji i opiniowanie projektów strategicznych dokumentów rządowych;  3) wykonywanie innych zadań zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia. | Wejście w życie 11 stycznia 2022 r. | [Zarządzenie z dnia 10 stycznia 2022 r. (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2022/2/akt.pdf) |
| 13.01.2022 | Obwieszczenie | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2021 r. w sprawie wykazu jednostek, którym w 2021 r. przyznano dotacje celowe na wydatki bieżące wraz z kwotami tych dotacji | ogłasza się wykaz jednostek, którym w 2021 r. przyznano dotacje celowe na wydatki bieżące wraz z kwotami tych dotacji |  | [Obwieszczenie z dnia 23 grudnia 2021 r. (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/106/akt.pdf) |
| 13.01.2022 | Obwieszczenie | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2021 r. w sprawie wykazu jednostek, którym w 2021 r. przyznano dotacje celowe na realizację projektów z udziałem środków europejskich wraz z kwotami tych dotacji | ogłasza się wykaz jednostek, którym w 2021 r. przyznano dotacje celowe na realizację projektów z udziałem środków europejskich wraz z kwotami tych dotacji |  | [Obwieszczenie z dnia 23 grudnia 2021 r. (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/105/akt.pdf) |
| 13.01.2022 | Obwieszczenie | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2021 r. w sprawie wykazu jednostek, którym w 2021 r. przyznano dotacje podmiotowe wraz z kwotami tych dotacji | ogłasza się wykaz jednostek, którym w 2021 r. przyznano dotacje podmiotowe wraz z kwotami tych dotacji |  | [Obwieszczenie z dnia 23 grudnia 2021 r. (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/103/akt.pdf) |
| 13.01.2022 | Obwieszczenie | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2021 r. w sprawie wykazu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, dla których ustalono urzędową cenę zbytu | ustala się na dzień 1 stycznia 2022 r. wykaz leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego |  | [Obwieszczenie (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/101/akt.pdf) |
| 13.01.2022 | Obwieszczenie | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2021 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych | ustala się na dzień 1 stycznia 2022 r. wykaz refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych |  | [Obwieszczenie (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/100/akt.pdf) |
| 13.01.2022 | Obwieszczenie | Obwieszczenie Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia wykazu wód uznanych jako naturalne wody mineralne | ogłasza się wykaz wód uznanych jako naturalne wody mineralne |  | [akt.pdf (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/99/akt.pdf) |
| 13.01.2022 | Ustawa | Ustawa z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz niektórych innych ustaw | Dotyczy m.in.: utworzenia Funduszu Kompensacyjnego Szczepień Ochronnych; ujednolicenia przepisów dot. zasad przeprowadzania szczepień ochronnych, dokumentacji, raportów dotyczących szczepień ochronnych; wprowadzenia zmian w zakresie: dokumentacji medycznej dot. ochrony zdrowia psychicznego, finansowania składek na Fundusz Solidarnościowy lekarzy i dentystów odbywających szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury; funkcjonowania systemów informacyjnych w ochronie zdrowia w związku z wystąpieniami epidemii | Wejście w życie 26 stycznia 2022 r. z wyjątkiem art. 1 pkt 1 w zakresie dodawanego art. 17c, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2023 r. | [Ustawa z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz niektórych innych ustaw (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000006401.pdf) |
| 13.01.2022 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki | Projektowane rozporządzenie stanowi realizację upoważnienia zawartego w art. 97 ust. 5 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 1977 i 2021). Potrzeba zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki (Dz. U. poz. 1395, z późn. zm.) wynika z faktu, iż w dniu 17 listopada 2021 r. została uchwalona ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2120), w której w art. 3 pkt 2 zmieniono art. 19 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2021 r. poz. 2069) w ten sposób, że dodano w nim ust. 5a i 5b. W art. 19 ust. 5a przewidziano możliwość dokonywania kwalifikacji osób dorosłych do zaszczepienia przeciwko grypie m.in. przez farmaceutów. Natomiast w art. 19 ust. 5b przewidziano możliwość wykonywania przez farmaceutów szczepienia przeciwko grypie u osoby dorosłej.  Rekomendowanym rozwiązaniem jest wydanie rozporządzenia, które dostosuje rozporządzenie do tak przedstawiającego się nowego stanu prawnego i tym samym określenie w nim szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki ogólnodostępnej w zakresie nowych zadań apteki, jakim będą szczepienia przeciw grypie. Oczekiwanym efektem będzie osiągnięcie pozytywnego wpływu na sytuację rodziny, obywateli oraz gospodarstwa domowe, a także na osoby niepełnosprawne poprzez zwiększenie dostępności do szczepień przeciw grypie, co również powinno znaleźć przełożenie na usprawnienie i przyspieszenie tego procesu poprzez niezawężanie możliwości szczepień jedynie przez podmioty wykonujące działalność leczniczą przy jednoczesnym – dzięki projektowanym zmianom – zapewnieniu bezpieczeństwa pacjentów oraz lekom przechowywanym i sporządzanym w aptece. | Wejście w życie 11 stycznia 2022 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000003801.pdf) |
| 13.01.2022 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2021 r. w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego | Projekt rozporządzenia stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 38 ust. 7 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.  Ustawa z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 2401, z późn. zm.) zmieniła upoważnienie dla Ministra Zdrowia do wydania rozporządzenia, które regulować ma szczegółowy zakres informacji zawartych w zleceniu, wzór zlecenia na zaopatrzenie w postaci papierowej oraz wzór zlecenia naprawy w postaci papierowej, uwzględniając konieczność zapewnienia prawidłowego wystawiania zleceń oraz prawidłowej ich realizacji. Zgodnie z art. 30 ww. ustawy, dotychczas obowiązujące rozporządzenie ze wskazanej na wstępie podstawy [rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 sierpnia 2019 r. w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego (Dz. U. poz. 1555)], zachowuje moc do dnia wejścia w życie nowego rozporządzenia, jednak nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2021 r.  Celem zapewnienia możliwości wystawiania zleceń na wyroby medyczne oraz zleceń napraw w wersji papierowej po dniu 31 grudnia 2021 r. należy wydać przedmiotowe rozporządzenie.  Ponieważ nie istnieją alternatywne środki w stosunku do projektowanego rozporządzenia umożliwiające osiągnięcie zamierzonego celu wymagane jest wydanie rozporządzenia wraz ze wzorami zlecenia na wyroby i zlecenia naprawy w załącznikach do rozporządzenia. Projekt rozporządzenia powiela rozwiązania dotychczasowego rozporządzenia, o którym mowa w pkt 1 OSR. | Wejście w życie 1 stycznia 2022 r. | [ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 29 grudnia 2021 r. w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000249901.pdf) |
| 13.01.2022 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego | Zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 2086, z późn. zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem”, wynika z dotychczasowych doświadczeń dotyczących realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach pilotażu przez funkcjonujące centra zdrowia psychicznego. Jednym z głównych celów nowelizacji jest umożliwienie przetestowania rozwiązania polegającego na prowadzeniu centrum zdrowia psychicznego udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach dziennych i ambulatoryjnych – psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego). Jest to istotny element w procesie ewaluacji programu pilotażowego i wypracowania docelowych rozwiązań systemowych po zakończeniu programu pilotażowego.  W projekcie rozporządzenia dokonano zmiany treści § 7 i § 11, której celem jest umożliwienie włączenia do pilotażu w centrach zdrowia psychicznego zakwalifikowanych przez Ministra Zdrowia centrów zdrowia psychicznego nieposiadających własnego oddziału psychiatrycznego. Kolejne zaproponowane zmiany rozporządzenia mają na celu dostosowanie przepisów § 16 rozporządzenia do funkcjonowania centrów zdrowia psychicznego, o których mowa w § 7 ust. 2, w zakresie ustalania liczby i kwalifikacji osób wykonujących zawód medyczny w centrum zdrowia psychicznego, o którym mowa w § 7 ust. 2, oraz spełniania warunków realizacji świadczeń dotyczących osób wykonujących zawód medyczny dla ww. centrum zdrowia psychicznego. Ponadto zmianie uległa treść § 21 i § 22, której celem jest wyłączenie świadczeń opieki zdrowotnej, w których kwota ryczałtu na populację ulega pomniejszeniu przez Fundusz o wartość świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom z tej populacji przez innych świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień lub umowy o realizację programu pilotażowego. Wyłączenie wskazanych świadczeń ma na celu dostosowanie zakresów świadczeń udzielanych przez centra zdrowia psychicznego do posiadanych uprawnień i możliwości w związku z dotychczasowymi doświadczeniami podmiotów realizujących program pilotażowy. Dodatkowo w ramach niniejszego rozporzadzenia dokonuje się rozszerzenia programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego o kolejne dwa podmioty. | Wejście w życie 1 stycznia 2022 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000249101.pdf) |
| 13.01.2022 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2021 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej ma na celu dostosowanie do ustawy z dnia 20 maja 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1292).  Zmiany projekcie rozporządzenia w stosunku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 lutego 2021 r w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 249), dotyczą wyłącznie zmiany w załączniku do rozporządzenia. Zmiany dokonywane są w części II. Kryteria oceny inwestycji. Zmiana kryterium oceny lp. 20 polega na  zastąpieniu pojęcia „priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej”, oznaczonego skrótem ,,PRPZ”, pojęciem określającym dokument strategiczny „plan transformacji”. Dodatkowo, w pytaniu nr 20 w części Interpretacja i wyjaśnienie znaczenia kryterium oraz sposobu oceny inwestycji, dodano dodatkowy aspekt oceny, który wskazuje, że w przypadku gdy inwestycja nie jest zawarta w krajowym lub wojewódzkim planie transformacji, a dotyczy: robót budowlanych z wyłączeniem budowy, modernizacji, termomodernizacji, prac konserwatorskich, czy restauratorskich, realizacji inwestycji, która wynika z konieczności dostosowania do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 595, z późn. zm.) i przepisów przeciwpożarowych określonych w ustawie z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. z 2021 r. poz. 869) oraz szczegółowych wytycznych znajdujących się także w rozporządzeniach do ww. ustawy, ponadto realizacji inwestycji związanych z stacją uzdatniania wody, wymianą dźwigów, czy remontów pomieszczeń technicznych, a także realizacji innych inwestycji w zakresie infrastruktury obiektów budowlanych (z wyłączeniem budowy) i infrastruktury technicznej niezbędnej do funkcjonowania podmiotu leczniczego, należy przyjąć „TAK” i przyznać maksymalną liczbę punktów. Ponadto w lp. 19 oraz lp. 27, użyte w liczbie mnogiej słowo ,,mapy” zastąpiono użytym w odpowiednim przypadku słowem „mapa” w liczbie pojedynczej.  Ponadto, w instrukcji wypełniania wniosku, w części II. Kryterium oceny inwestycji w punkcie 1, dokonano zmian w podpunkcie 4, 9 oraz 10. W podpunkcie 4 - dotyczącym inwestycji o charakterze ponadregionalnym określenie ,,właściwe mapy potrzeb zdrowotnych, tj. mapy właściwe dla województw, których inwestycja dotyczy oraz mapę  ogólnopolską” zastąpiono określeniem ,,wyzwania systemu opieki zdrowotnej, a także rekomendowanymi kierunkami działań na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i na terenie województw”. W podpunkcie 9 słowo ,,mapy” zastąpiono słowem ,,mapę”, natomiast w podpunkcie 10 – określenie „PRPZ” zastąpiono pojęciem ,,plan transformacji”.  Jednocześnie należy podkreślić, że interpretacja i wyjaśnienie znaczenia kryterium oraz sposobu oceny inwestycji, jak również ich opisy pozostają niezmienione.  Nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu. | Wejście w życie 1 stycznia 2022 r. | [ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 28 grudnia 2021 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000248801.pdf) |
| 13.01.2022 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2021 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej ma na celu dostosowanie aktu wykonawczego do zmian wprowadzonych ustawą z dnia 20 maja 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1292).  Zmiany projektowane w rozporządzeniu w stosunku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 lutego 2021 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 252), dotyczą jedynie zmiany w załączniku do rozporządzenia. Zmiany dokonywane są w części II. Kryteria oceny inwestycji i dotyczą kryteriów oceny wskazanych w lp. 8, 11 oraz 21. Polegają na zastąpieniu pojęcia „priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej”, oznaczonego skrótem ,,PRPZ”, pojęciem określającym dokument strategiczny „plan transformacji”. W pytaniu nr 21 dodatkowo dodano mapę potrzeb zdrowotnych jako alternatywę dla planów transformacji. W tym pytaniu, odniesienie do mapy potrzeb zdrowotnych ma miejsce wyłącznie w przypadku, gdy potencjalna inwestycja nie jest uwzględniona w krajowym lub wojewódzkim planie transformacji - należy wówczas przeanalizować mapę potrzeb zdrowotnych pod kątem tej inwestycji. Natomiast w lp. 22 oraz 27, w części interpretacja i wyjaśnienie znaczenia kryterium oraz sposobu oceny inwestycji, odpowiednio słowa ,,map” oraz ,,mapach” zastąpiono słowami ,,mapy” oraz ,,mapie”. Ponadto, w instrukcji wypełniania wniosku, w części II. Kryterium oceny inwestycji w punkcie 1, podpunkt 3 w zakresie inwestycji o charakterze ponadregionalnym – odwołanie do mapy regionalnej oraz mapy ogólnopolskiej zastępuje się odwołaniem do wniosków i rekomendacji płynących z mapy potrzeb zdrowotnych. Jednocześnie należy podkreślić, że interpretacja i wyjaśnienie znaczenia kryterium oraz sposobu oceny inwestycji, jak również ich opisy pozostają niezmienione.  Nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu. | Wejście w życie 1 stycznia 2022 r. | [ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 28 grudnia 2021 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000248701.pdf) |
| 13.01.2022 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego | Wprowadzenie procedury medycznej o nazwie Koherentna tomografia optyczna tętnic wieńcowych/obwodowych (OCT) do wykazu świadczeń gwarantowanych stanowi realizację przekazanego przez Prezesa Agencji opracowania analitycznego (APD) zawierającego ocenę świadczeń gwarantowanych z zakresu kardiologii ujętych w wykazach rozporządzeń w zakresach: podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna leczenie szpitalne - w aspekcie zmiany technologii medycznych (nr WS.4320.2.2020). W przedmiotowym opracowaniu zostało wskazane, że procedura OCT tętnic wieńcowych jest ujęta w obowiązującym Obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie ogłoszenia wykazu wzorcowych procedur radiologicznych z zakresu radiologii – diagnostyki obrazowej i radiologii zabiegowej, w części dotyczącej zabiegów radiologicznych z zakresu kardiologii. Tym samym biorąc pod uwagę, że Obwieszczenie jak i Rozporządzenie są to akty prawne wydane przez ministra właściwego do spraw zdrowia, wskazano zasadność wprowadzenia ujednoliconych zapisów w obu aktach.  W złączniku nr 3 do rozporządzenia w komórkach organizacyjnych położnictwo i ginekologia (lp. 37), położnictwo i ginekologia - drugi poziom referencyjny (lp. 38) oraz położnictwo i ginekologia - trzeci poziom referencyjny (lp 39), dokonano zmian porządkowych poprzez usuniecie nieaktualnych standardów wskazanych do stosowania w przedmiotowych zakresach świadczeń, jednocześnie wprowadzano obowiązek stosowania się do obowiązującego standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Ponadto w komórkach organizacyjnych położnictwo i ginekologia (lp. 37), oraz położnictwo i ginekologia - drugi poziom referencyjny (lp. 38), dookreślony został analogiczne jak dla położnictwa i ginekologii – trzeci poziom referencyjny (lp. 39), minimalny warunek zapewnienia psychologa - w wymiarze co najmniej 0,5 etatu. Przedmiotowa zmiana wprowadzona została w związku z wnioskiem Najwyższej Izby Kontroli wskazanej w wynikach kontroli pn. "Opieka nad pacjentkami w przypadkach poronień i martwych urodzeń".  4. Uzupełnienie brakujących kodów ICD 9 dla świadczeń:  • Elektrochemioterapia elektroporacja i podanie leku przeciwnowotworowego systemowo  • Elektrochemioterapia - elektroporacja i podanie leku przeciwnowotworowego miejscowo do zmiany nowotworowej  Przedmiotowe rozwiązanie ma charakter porządkowy. | Wejście w życie 13 stycznia 2022 r. | [ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 28 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000248201.pdf) |
| 13.01.2022 | Rozporządzenie Ministra Zdrowie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2021 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania | Projektowana zmiana wynika z konieczności przedłużenia o kolejne 12 miesięcy przepisu § 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania. Zgodnie z tym przepisem dopuszczono - warunkowo - możliwość stosowania dotychczasowego sposobu zgłaszania niepożądanego odczynu poszczepiennego (NOP) oraz korygowania zgłoszenia NOP, który polegał na tym, że zgłoszenie niepożądanego odczynu poszczepiennego lekarz lub felczer mógł:  1) przesyłać listem poleconym w dwóch kopertach, z których koperta wewnętrzna opatrzona jest wyraźnym adresem zwrotnym nadawcy i nadrukiem „DOKUMENTACJA MEDYCZNA”, albo  2) przesyłać za pomocą poczty elektronicznej, jeżeli pozwalają na to techniczne możliwości nadawcy i odbiorcy, w formie przesyłek kodowanych, albo  3) przekazać w zamkniętej kopercie bezpośrednio osobie upoważnionej do ich odbioru za pokwitowaniem.  Ponadto, w przypadku stwierdzenia oczywistej omyłki w wypełnieniu formularza zgłoszenia właściwy państwowy powiatowy inspektor sanitarny mógł dokonać korekty formularza zgłoszenia (m.in. po uzyskaniu informacji telefonicznie). Jednakże warunkiem powyższego było to, że lekarz lub felczer nie miał możliwości zgłaszania niepożądanego odczynu poszczepiennego w postaci elektronicznej.  W obecnym brzmieniu, przed zmianą, przywołany przepis ograniczał możliwość czasowo powyżej opisanego rozwiązania do 31 grudnia 2021 r.  Przesunięcie terminu do dnia 31 grudnia 2022 r. jest spowodowane kontynuacją przygotowania systemowego rozwiązania pozwalającego na przekazywanie elektronicznie zgłoszonych informacji również z systemów gabinetowych dla wszystkich wykonanych szczepień oraz zgłoszonych NOP. Na tej podstawie System e-zdrowie (P1) zapewni możliwość przyjmowania informacji o NOP do systemów gabinetowych.  Zmiana systemowa zapewni od dnia 1 stycznia 2023 r. możliwość zgłoszenia NOP dwoma kanałami:  1) we własnym systemie, który jest zintegrowany z P1,  2) w aplikacji gabinet.gov, w przypadku jak odbiorca nie ma swojego systemu. | Wejście z dniem 31 grudnia 2021 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2021 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000247001.pdf) |
| 13.01.2022 | Ustawa | Ustawa z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw | Projekt ustawy o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw ma na celu wykreowanie jednego podmiotu, który będzie prowadził działalność w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniami. Podmiotem tym ma być Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, zwane dalej „Centrum”. Powstanie Centrum zagwarantuje skoncentrowanie realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego w kierunku profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniami w jednej jednostce organizacyjnej, jako państwowej jednostce budżetowej, utworzonej przez ministra właściwego do spraw zdrowia.  Centrum powstanie przez włączenie do Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii działającego na podstawie ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2019 r. poz. 852, z późn. zm.) Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych działającej na podstawie ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2019 r. poz. 2277).  Istotą proponowanego rozwiązania jest wprowadzenie takiego systemu, który zwiększy efektywność działań realizowanych obecnie łączone podmioty, powierzając jednej jednostce organizacyjnej – Centrum – zagadnień związanych z szeroko rozumianym zdrowiem publicznym w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniami. Jak wynika z dotychczasowych doświadczeń i analiz, takie rozwiązanie wydaje się najbardziej optymalne w polskich realiach. Pozwoli ono na poprawę obecnie funkcjonującego w Rzeczypospolitej Polskiej rozwiązania organizacyjnego, polegającego na współpracy jednostek podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Aby zapewnić wysoki poziom zdrowia populacji, niezbędne jest skoordynowanie sposobu i zakresu realizowanej polityki publicznej ukierunkowanej na promowanie zdrowia i przeciwdziałania uzależnieniom. Pozwoli to również na pewną racjonalizację obciążeń administracyjnych i efektywności prowadzonych kampanii i inicjatyw, przy znacznie wydajniejszym wykorzystaniu środków budżetowych przeznaczonych na pracę działających obecnie podmiotów Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.  Powołana Rada do spraw Przeciwdziałania Uzależnieniom kontynuować będzie działania Rady do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, w której obszarach zainteresowania już obecnie pojawiają się elementy wychodzące poza „silosowe” traktowanie problematyki uzależnień jak na przykład monitorowanie zjawiska narkotyków i narkomanii z uwzględnieniem odniesień do problematyki alkoholowej i uzależnień behawioralnych, prowadzenie pojazdów pod wpływem substancji psychoaktywnych czy problematyka używania leków jako środków uderzających i prekursorów do produkcji narkotyków. Działania Rady przyczynią się do większej widocznością problematyki uzależnień w polityce poprawy zdrowia i bezpieczeństwa publicznego oraz lepszej koordynacji prac organów administracji publicznej (rządowej i samorządowej).  W skład Rady będą wchodzili przedstawiciele organów i podmiotów, które obecnie są reprezentowane w Radzie do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.  Pracownik Centrum bez zgody odpowiednio ministra właściwego do spraw zdrowia albo Dyrektora Centrum nie będzie mógł wykonywać dodatkowych zajęć zarobkowych, w tym podejmować dodatkowego zatrudnienia. Wykonywanie dodatkowych zajęć zarobkowych, w tym podejmowanie dodatkowego zatrudnienia nie może pozostawać w sprzeczności z ich obowiązkami lub wywoływać podejrzenia o ich stronniczość lub interesowność.  Proponuje się również zmiany w zakresie ustanawiania wojewódzkich i gminnych programów w obszarze profilaktyki uzależnień. Istotnym źródłem polityki scalenia działań w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniami w jednej jednostce organizacyjnej są także działania podejmowane przez jednostki samorządu terytorialnego, zwłaszcza na poziomie gminnym, które wskazują na coraz powszechniejsze przyjmowanie przez nie wspólnych strategii realizowanych w ramach gminnych programów.  Ponadto w projekcie uwzględnione zostały zmiany w zakresie systemu prowadzenia szkoleń w dziedzinie uzależnienia i uzyskiwania tytułu specjalisty polegające na włączeniu ich do systemu szkoleń określonego w ustawie z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2020 r. poz. 1169). | Wejście w życie 1 stycznia 2022 r. z wyjątkiem art. 18, który wchodzi w życie z dniem  następującym po dniu ogłoszenia. | [Ustawa z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000246901.pdf) |
| 13.01.2022 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych | Wykonanie u osoby dorosłej szczepienia przeciw grypie może przeprowadzić osoba wskazana w art. 19 ust. 5b ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, która posiada kwalifikacje określone na podstawie art. 17 ust. 10 pkt 3 tej ustawy, tj. w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 753, z późn. zm.). Brak określenia kwalifikacji w stosunku do ww. osób aktualnie ogranicza możliwość natychmiastowego przystąpienia do szczepień przeciw grypie osób dorosłych mimo nabycia uprawnień przez osoby szczepiące do szczepienia przeciw COVID-19.  Projekt rozporządzenia wprowadza i określa kwalifikacje dla lekarzy dentystów, farmaceutów, fizjoterapeutów oraz diagnostów laboratoryjnych do przeprowadzania szczepień ochronnych przeciw grypie u osoby dorosłej, w związku z rozszerzeniem uprawnień zawodowych dla tych grup do kwalifikacji i podania szczepionki przeciw grypie. Osoby te będę mogły przeprowadzić to szczepienie, jeżeli spełniają warunki określone w § 6 ust. 1 rozporządzenia zmienianego (dotychczas § 6), tj.:  1) odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia lub uzyskały specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej, lub  2) posiadają co najmniej 6-miesięczną praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych.  Alternatywnie do powyższych wymagań, przeprowadzanie szczepień przez omawianą grupy zawodowe będzie możliwe po uzyskaniu dokumentu potwierdzającego ukończenie łącznie szkolenia:  1) teoretycznego w zakresie przeprowadzania badania kwalifikacyjnego w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania szczepienia przeciw COVID-19, dostępnego na platformie e-learningowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, oraz  2) praktycznego, którego program zatwierdziło Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, obejmującego naukę podania szczepionki w postaci iniekcji domięśniowej oraz podjęcia działań w przypadku wystąpienia nagłej reakcji alergicznej lub innego stanu zagrożenia życia pacjenta następującego bezpośrednio po przeprowadzeniu szczepienia, realizowanego w warunkach symulowanych w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego lub uczelni prowadzącej kształcenie na kierunku lekarskim. | Wejście w życie 29 grudnia 2021 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000244101.pdf) |
| 13.01.2022 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej | Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 639) pilotaż sieci onkologicznej kończy się z dniem 31 grudnia 2021 r. Wydłużenie terminu zakończenia pilotażu jest niezbędne w celu zapewnienia ciągłości pilotażu w województwach włączonych do programu pilotażowego do czasu wejścia w życie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, której celem jest wprowadzenie rozwiązań przetestowanych w ramach programu pilotażowego w całym kraju.  Projekt rozporządzenia określa datę zakończenia pilotażu na dzień 31 grudnia 2022 r. dla wszystkich ośrodków biorących udział w programie pilotażowym. Mając na uwadze, że docelowe zmiany systemowe, które zostaną wprowadzone na mocy ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, powstały na podstawie doświadczeń z pilotażu, zasadne jest więc zachowanie ciągłości modelu pilotażowego w objętych pilotażem województwach. Wydłużenie terminu zakończenia pilotażu zapewni ciągłość kompleksowej opieki nad pacjentami onkologicznymi. | Wejście w życie 18 grudnia 2021 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000241201.pdf) |
| 13.01.2022 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień | Potrzeba wprowadzenia zmian w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285, z późn. zm.), zwanym dalej „rozporządzeniem”, jest związana z wdrażaniem reformy opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży i ma na celu usunięcie nieścisłości, doprecyzowanie przepisów oraz uwzględnienie postulatów ekspertów współpracujących z Ministerstwem Zdrowia, jak również wprowadzenia zmian pozwalających na zaplanowanie kosztów realizacji poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej.  Proponowana nowelizacja wprowadza zmiany poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej określonych w załącznikach nr 1, 4 oraz 6 do rozporządzenia, jak również nadaje nowe brzmienie załącznikowi nr 8 do rozporządzenia.  Wprowadzone w załącznikach nr 1, 4 oraz 6 do rozporządzenia modyfikacje dotyczą przede wszystkim doprecyzowania dotychczasowego brzmienia wybranych przepisów. Dzięki wprowadzanym zmianom możliwa będzie realizacja sesji psychoterapii przez specjalistów w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży, osoby posiadające decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia o uznaniu dorobku naukowego lub zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem programu szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, zgodnie z art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 1297) oraz osoby w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży. Dotychczas specjaliści ci mogli realizować świadczenia jedynie u świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej określonych w załączniku nr 8 do rozporządzenia. Wprowadzenie zmian z pozostałych załącznikach rozszerzy katalog personelu realizującego świadczenia. Przedmiotowa zmiana jest związana z wprowadzeniem, przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. poz. 226), nowej specjalizacji - psychoterapia dzieci i młodzieży.  Propozycja nowego brzmienia załącznika nr 8 do rozporządzenia wprowadza zmiany warunków, jakie są obowiązani spełniać świadczeniodawcy realizujący świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży w ramach poziomów referencyjnych. Wprowadzone zmiany dotyczą przede wszystkim warunków realizacji świadczeń gwarantowanych dotyczących personelu oraz organizacji udzielania świadczeń. | Wejście w życie 1 stycznia 2022 r. z wyjątkiem § 1 pkt 8 w zakresie lp. 4 w kolumnie 3  ust. 3 pkt 3, który wchodzi w życie z dniem 1 września 2023 r | [ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 15 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000240001.pdf) |
| 13.01.2022 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii | Niniejsza regulacja wprowadza zmianę w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. poz. 491, z późn. zm.), przez dodanie obowiązku realizacji szczepień przeciwko COVID-19 przez:  1) osoby wykonujące zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711, z późn. zm.) w podmiotach wykonujących działalność leczniczą oraz osoby wykonujące czynności zawodowe w tych podmiotach, inne niż wykonywanie zawodu medycznego;  2) osoby zatrudnione oraz osoby realizujące usługi farmaceutyczne, zadania zawodowe lub czynności fachowe w aptece ogólnodostępnej lub punkcie aptecznym;  3) studentów kształcących się na kierunkach przygotowujących do wykonywania zawodu medycznego, o którym mowa w art. 68 ust. 1 pkt 1-8 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478, z późn. zm.).  Szczepienia ochronne są skuteczną metodą zapobiegania zachorowaniom na choroby zakaźne, zarówno w wymiarze zapobiegania zachorowaniom u osoby poddanej szczepieniom ochronnym (prewencji indywidualnej), jak również kształtowania odporności całej populacji na zachorowania (prewencji zbiorowej). Warunkiem osiągnięcia odporności w skali populacji jest wysoki odsetek zaszczepionych osób, co skutecznie zapobiega szerzeniu się zachorowań na choroby zakaźne nie tylko na osoby uodpornione w drodze szczepienia.  Z uwagi na kolejne fale epidemii wywołanej zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, co stanowi dodatkowe wyzwanie dla zdrowia publicznego i systemu ochrony zdrowia, proponowana interwencja jest konieczna. W czasie stanu epidemii COVID-19 zasadne jest wdrożenie działań profilaktycznych w odniesieniu do powyższych grup osób, które mają bezpośredni kontakt z pacjentami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.  Przy typowaniu grup osób zobowiązanych do szczepienia przeciw COVID-19 kierowano się potrzebą zabezpieczenia grup zawodowych strategicznych z punktu widzenia działania państwa w czasie pandemii, odpowiadających za funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia oraz studentów kształcących się na kierunkach przygotowujących do wykonywania zawodu medycznego, o którym mowa w art. 68 ust.1 pkt 1-8 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, którzy również mogą uczestniczyć przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych jak również obsłudze pacjenta.  Wprowadzany obowiązek należy wykonać nie później niż do dnia 1 marca 2022 r., przez zaszczepienie się szczepionkami przeciwko COVID-19 schematem podstawowym: dwoma dawkami lub jedną dawką, zależnie od charakterystyki produktu leczniczego danej szczepionki, w celu otrzymania unijnego cyfrowego zaświadczenia w rozumieniu art. 2 pkt 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/953 z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie ram wydawania, weryfikowania i uznawania interoperacyjnych zaświadczeń o szczepieniu, o wyniku testu i o powrocie do zdrowia w związku z COVID-19 (unijne cyfrowe zaświadczenie COVID) w celu ułatwienia swobodnego przemieszczania się w czasie pandemii COVID-19 (Dz. Urz. UE L 211 z 15.06.2021, str. 1). Obowiązek poddania się szczepieniu przeciwko COVID-19 ma zastosowanie także do osób, u których do dnia 1 marca 2022 r. upłynie więcej niż 6 miesięcy od uzyskania pozytywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2. Ponadto wskazać należy, że osoba legitymująca się certyfikatem o powrocie do zdrowia w związku z COVID-19, może po 30 dniach od uzyskania pozytywnego testu poddać się szczepieniu ochronnemu przeciw Covid-19. Certyfikat ozdrowieńca nie jest przeciwskazaniem do szczepienia się, a jego termin ważności 180 dni nie ogranicza prawa do wystawienia UCC po szczepieniu przeciw Covid-19. Natomiast obowiązek ten nie będzie miał zastosowania do osób, które mają przeciwwskazana do szczepienia w zakresie stanu ich zdrowia. | Wejście w życie 23 grudnia 2021 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000239801.pdf) |
| 13.01.2022 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie wzorów dokumentów: Prawo wykonywania zawodu lekarza, Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty | Projektowane rozporządzenie zastępuje przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2019 r. w sprawie wzorów dokumentów: Prawo wykonywania zawodu lekarza, Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty (Dz. U. poz. 2480), wydanego na podstawie nieobowiązującego obecnie art. 6 ust. 8 ustawy. Nowelizacja ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty na nowo określiła wzory ww. dokumentów.a. Znowelizowane przepisy ustawy przewidują zastąpienie wersji papierowej dotychczasowego dokumentu pn. „Prawo wykonywania zawodu lekarza” (PWZL) i „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” (PWZLD) nowymi dokumentami w formie kart poliwęglanowych zabezpieczonych zgodnie z wymogami dotyczącymi dokumentów publicznych.  Wydanie rozporządzenia na podstawie upoważnienia zawartego w art. 7e ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ma na celu określenie nowych wzorów PWZL i PWZLD w postaci karty poliwęglanowej o wymiarach i zabezpieczeniach podobnych do karty dowodu osobistego zabezpieczonej przed przerobieniem, podrobieniem oraz użyciem przez osobę nieuprawnioną w oparciu o nowoczesne technologie. Dotychczasowe PWZL i PWZLD stanowią papierową wersję książeczki, w której zapisywane są niezbędne adnotacje dotyczące kwalifikacji zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów zdobywanych w przebiegu kształcenia podyplomowego. Nowe PWZL i PWZLD będą określać kwalifikacje zawodowe lekarza lub lekarza dentysty na dzień wydania karty. Oczekiwanym efektem będzie możliwość bieżącego legitymowania się kartą oraz umożliwienie zainteresowanym w kraju, jak i poza jego granicami, potwierdzania kwalifikacji zawodowych konkretnego lekarza lub lekarza dentysty, przez wskazanie na karcie adresu strony internetowej Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów, w którym zamieszczane są bieżące informacje dotyczące wszystkich lekarzy. Wydawanie dokumentu PWZL oraz dokumentu PWZDL w postaci karty poliwęglanowej rozpoczynać się będzie z dniem 1 stycznia 2022 r., a dotychczasowe dokumenty PWZL oraz PWZLD będą wydawane do dnia 31 grudnia 2021 r. Jednocześnie PWZL i PWZLD wydane przed dniem wejścia w życie nowego rozporządzenia zachowają ważność, co umożliwi ich płynną wymianę nie powodując jednocześnie utraty możliwości wykonywania zawodu i nadmiernego obciążenia izb lekarskich ich wydawaniem. | Wejście w życie 22 grudnia 2022 r. | [ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie wzorów dokumentów: Prawo wykonywania zawodu lekarza, Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000237401.pdf) |
| 13.01.2022 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami | W związku z wprowadzeniem zawodu technika sterylizacji medycznej, jako zawodu właściwego dla ministra właściwego do spraw zdrowia, do rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz. U. z 2012 r. poz. 7, z późn. zm.) - akt archiwalny i rozpoczęcia kształcenia w tym zakresie już w 2012 r., jak również z uwagi na oczekiwania zainteresowanych środowisk, w tym Polskiego Stowarzyszenia Sterylizacji Medycznej, jest niezbędne uwzględnienie w projekcie rozporządzenia stanowisk starszego technika sterylizacji medycznej i technika sterylizacji medycznej.  Jednocześnie w związku z postulatem Komitetu Protestacyjnego wyrażonym w pkt 6 „Ustaleń w sprawie spotkania z przedstawicielami związków zawodowych przy Regionalnych Ośrodkach Psychiatrii Sądowej, zgodnie z którym Ministerstwo Zdrowia podczas prac nad zmianą rozporządzenia w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami wprowadzi pracowników sekcji ochrony w grupie pracowników działalności podstawowej, istnieje pilna potrzeba uwzględnienia w przedmiotowym projekcie wśród pracowników działalności podstawowej stanowiska pracownika ochrony oddziału psychiatrii sądowej.  Wprowadzenie stanowisk starszego technika sterylizacji medycznej i technika sterylizacji medycznej do projektu rozporządzenia wynika z wprowadzenia zawodu technika sterylizacji medycznej, jako zawodu właściwego dla ministra właściwego do spraw zdrowia, do rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz. U. z 2012 r. poz. 7, z późn. zm. - akt archiwalny). W związku z powyższym od 1 września 2012 r. w szkołach policealnych prowadzone jest kształcenie w tym zawodzie. Absolwent szkoły kształcącej w zawodzie technik sterylizacji medycznej jest przygotowany do wykonywania następujących zadań zawodowych: kwalifikowania sprzętu i wyrobów medycznych do procesów mycia, dezynfekcji i sterylizacji, przeprowadzania mycia, dezynfekcji i sterylizacji przy użyciu odpowiednich metod, środków i urządzeń, przeprowadzania kontroli procesów mycia, dezynfekcji i sterylizacji oraz prowadzenia dokumentacji mycia, dezynfekcji i sterylizacji.  Powołanie zawodu technika sterylizacji medycznej stanowiło istotny krok w dążeniu do dostosowania i ujednolicenia poziomu leczenia i bezpieczeństwa sanitarnego w dziedzinie sterylizacji i dezynfekcji do uregulowań prawnych i zaleceń zarówno polskich, jak i Unii Europejskiej. Powstanie przedmiotowego zawodu miało na celu podniesienie poziomu edukacji w tym obszarze, a w konsekwencji podniesienie jakości wykonywanych świadczeń zdrowotnych związanych z dezynfekcją i sterylizacją medyczną oraz zwiększenie bezpieczeństwa pacjenta w przedmiotowym zakresie.  Potrzeba uwzględnienia w projekcie rozporządzenia technika sterylizacji medycznej związana jest również z faktem, że pozostałe zawody właściwe dla ministra właściwego do spraw zdrowia wymienione w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 lutego 2019 r. w sprawie ogólnych celów i zadań kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz klasyfikacji zawodów szkolnictwa branżowego (Dz. U. z 2019 r. poz. 316, z późn. zm.) ujęte są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. poz. 896).  Wprowadzenie stanowisk starszego technika sterylizacji medycznej i technika sterylizacji medycznej do projektu rozporządzenia jest zgodne z oczekiwaniami zainteresowanych środowisk, w tym Polskiego Stowarzyszenia Sterylizacji Medycznej.  Proponowana zmiana spowoduje, że funkcjonujące w systemie ochrony zdrowia osoby posiadające dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie technik sterylizacji medycznej będą miały przeznaczone dla swojej grupy zawodowej stanowiska z uwzględnieniem możliwości rozwoju zawodowego po uzyskaniu określonego stażu pracy w zawodzie.  Ponadto uwzględnienie tych stanowisk w części I „Pracownicy działalności podstawowej” załącznika do rozporządzenia pozwoli na stosowanie do tej grupy zawodowej przepisów ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1801) w zakresie ustalania wynagrodzenia zasadniczego.  Wprowadzenie stanowiska pracownika ochrony oddziału psychiatrii sądowej stanowi realizację postulatu Komitetu Protestacyjnego, co zostało ustalone pomiędzy przedstawicielami Związków Zawodowych przy Regionalnych Ośrodkach Psychiatrii Sądowej, Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność” i Ministerstwa Zdrowia. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. poz. 896) w części III załącznika „Pracownicy gospodarczy” uwzględnia w lp. 11 pracowników ochrony, jednakże ze względu na specyfikę pracy pracowników ochrony zatrudnionych w oddziałach psychiatrii sądowej zasadnym jest wyodrębnienie stanowiska pracownika ochrony oddziału psychiatrii sądowej w części I „Pracownicy działalności podstawowej” załącznika do rozporządzenia. Pracownicy podmiotów leczniczych realizujących zadania w zakresie psychiatrii sądowej stale przebywają wśród pacjentów skierowanych na leczenie przez sąd i są narażeni na agresję z ich strony. Zadania tej grupy zawodowej polegają na zapewnieniu bezpieczeństwa pacjentom, personelowi oraz innym osobom przebywającym na terenie oddziałów psychiatrii sądowej. Pracownicy ci, m. in. muszą podejmować interwencje przeciwdziałające ucieczkom oraz zamachom wobec osób i mienia, w tym współdziałać z personelem medycznym w stosowaniu wobec pacjentów przymusu bezpośredniego. Dozorują pacjentów przebywających na terenie oddziału, pacjentów konwojowanych oraz przebywających poza oddziałem, np. podczas konsultacji lekarskich i pobytu w innych placówkach ochrony zdrowia. Przeprowadzają szczegółowe kontrole nowo przyjętych pacjentów, ich rzeczy osobistych i pozostałych przedmiotów będących w ich posiadaniu, a także biorą udział w wywiadzie lekarskim z nowo przyjętymi pacjentami. Pracownicy ochrony oddziału psychiatrii sądowej sprawują również dozór nad pacjentem na polecenie lekarza, np. w sytuacjach kryzysowych. W załączniku w części I „Pracownicy działalności podstawowej” dodano stanowisko „Pracownik ochrony oddziału psychiatrii sądowej”, dla którego ustalono wymogi kwalifikacyjne posiadania średniego lub podstawowego wykształcenia oraz przeszkolenia zawodowego. Proponowana zmiana pozwoli wyodrębnić stanowiska przeznaczone dla pracowników ochrony zatrudnionych w oddziałach psychiatrii sądowej zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środka zabezpieczającego , mając na względzie specyfikę ich zadań związanych z zapewnianiem bezpieczeństwa pacjentom skierowanym na leczenie przez sąd , personelowi oraz innym osobom przebywającym na terenie oddziałów psychiatrii sądowej. Powyższa zmiana spowoduje również, że do tej grupy zawodowej zastosowanie będą miały przepisy ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Pozwoli to na podwyższenie wynagrodzenia zasadniczego tych pracowników, których wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, do wysokości nie niższej niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze, z uwzględnieniem warunków określonych w tej ustawie. | Wejście w życie 1 stycznia 2022 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000235901.pdf) |
| 12.01.2022 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie substancji wzbogacających dodawanych do żywności | Celem projektowanego rozporządzenia jest określenie wykazu substancji innych niż witaminy i składniki mineralne zakazanych w produkcji środków spożywczych, z uwagi na konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego konsumentów. Dotyczy to w szczególności suplementów diety. Obecnie obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2007 r. w sprawie składu oraz oznakowania suplementów diety (Dz. U. z 2018 r. poz. 1951) wdraża dyrektywę 2002/46/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 10 czerwca 2002 r. w sprawie zbliżenia ustawodawstw Państw Członkowskich odnoszących się do suplementów żywnościowych (Dz. Urz. WE L 183 z 12.07.2002, str. 51; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 13, t. 29, str. 490). Zgodnie z przepisami tej dyrektywy rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2007 r. w sprawie składu oraz oznakowania suplementów diety zawiera jedynie wykaz witamin i składników mineralnych oraz ich formy chemiczne, które mogą być stosowane w produkcji suplementów diety oraz dodatkowe wymagania dotyczące ich zawartości w suplementach diety. Natomiast kwestie dotyczące obecności w suplementach diety substancji innych niż witaminy i składniki mineralne nie są regulowane przepisami unijnymi. W związku z tym do suplementów diety dodawane są różne substancje, które mogą mieć szkodliwy wpływ na zdrowie i życie konsumentów. Sprawami dotyczącymi obecności tych substancji w suplementach diety zajmuje się Zespół do spraw Suplementów Diety przy Radzie Sanitarno-Epidemiologicznej, zwany dalej „Zespołem”. W dniu 30 sierpnia 2021 r. Zespół przyjął uchwałę nr 6/2021 w sprawie niektórych substancji i surowców roślinnych niedozwolonych do stosowania w suplementach diety. Lista substancji i surowców roślinnych, które nie mogą być stosowane w suplementach diety stanowiąca załącznik nr 1 do przedmiotowej uchwały zawiera 7 substancji lub grup substancji i surowców roślinnych, które nie powinny być stosowane w suplementach diety z uwagi na konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego konsumentów. Dotyczy to następujących substancji lub grup substancji: chlorowodorek johimbiny oraz grupa johimbiny, pieprz metystynowy (Piper methysticum) znany również  jako kava kava, pankreatyna, ibutamoren (mesylan ibutamorenu), DMAA (w szczególności określana jako: 1,3-DMAA; 1,3-dimetyloamyloamina; 1,3-dimetylopentyloamina; 2-amino-4-metyloheksan; 2-heksanamina, 4-metylo-(9CI); 4- metylo-2-heksanamina; 4-metylo-2-heksyloamina; dimetyloamyloamina; geranamina; metyloheksanamina; metyloheksanenamina), ligandrol (LGD-4033) oraz ostaryna (enobosarm).  Ponadto w dniu 28 października 2021 r. Zespół przyjął uchwałę nr 9/2021 zmieniającą uchwałę nr 6/2021 z dnia 30 sierpnia 2021 r. w sprawie niektórych substancji i surowców roślinnych niedozwolonych do stosowania w suplementach diety. W związku z tą uchwałą do załącznika nr 1 uchwały nr 6/2021 dodane zostały kolejne 3 substancje, które nie powinny być stosowane w suplementach diety z uwagi na konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego konsumentów. Są to następujące substancje: andaryna, RAD-140, świerzbiec właściwy.  Podstawą ww. uchwał Zespołu są dane naukowe wskazujące na zagrożenie bezpieczeństwa konsumentów w przypadku stosowania w produkcji suplementów diety substancji i surowców roślinnych objętych uchwałami. Uchwały zostały podjęte przez zespół ekspertów na podstawie aktualnej wiedzy czerpanej z literatury, działań innych krajów Unii Europejskiej (UE), czy też ze stanowisk organów UE oraz stanowią obiektywne źródło wiedzy w zakresie zagrożeń wynikających ze stosowania w produkcji suplementów diety wymienionych w nich substancji i surowców roślinnych. W związku z powyższym w projektowanym rozporządzeniu z uwagi na bezpieczeństwo konsumentów uwzględniono wszystkie substancje wymienione w ww. uchwałach Zespołu jako substancje zakazane w produkcji środków spożywczych. Tym samym substancje te będą zakazane w produkcji środków spożywczych, w tym suplementów diety, i w konsekwencji nie będą mogły być ich składnikami.  Projekt rozporządzenia określa wykaz substancji innych niż witaminy i składniki mineralne zakazanych w produkcji środków spożywczych. Regulacja objęta projektem rozporządzenia odnosić się będzie do podmiotów produkujących i wprowadzających środki spożywcze, w tym przede wszystkim suplementy diety, do obrotu w Rzeczypospolitej Polskiej. Przyjęcie proponowanego rozwiązania jest uzasadnione bezpieczeństwem zdrowotnym konsumentów. Po wejściu w życie projektowanych przepisów nie będzie można wprowadzać do obrotu środków spożywczych zawierających wymienione w załączniku substancje inne niż witaminy i składniki mineralne, a środki spożywcze, głównie suplementy diety, je zawierające wprowadzone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej będą mogły pozostawać w obrocie nie dłużej niż przez 30 dni od dnia wejścia w życie rozporządzenia. | Konsultacje społeczne do dnia 21 stycznia 2022 r. | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12355304/12847054/12847055/dokument539126.pdf) |
| 12.01.2022 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie jednostek organizacyjnych, które prowadzą badania jakościowe produktów leczniczych i produktów leczniczych weterynaryjnych, oraz opłat pobieranych za te badania | Aktualizacja cennika opłat w związku ze wzrostem cen towarów i usług konsumpcyjnych, które zmieniły się znacznie od 2016 r. kiedy weszło w życie zmieniane rozporządzenie.  Dostosowanie cen do warunków rynkowych.  Projekt uaktualnia również nazwę Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH ‒ Państwowego Instytutu Badawczego oraz – w związku z włączeniem Instytutu Żywności i Żywienia im. prof. dra med. Aleksandra Szczygła w struktury Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH ‒ Państwowego Instytutu Badawczego – uchyla się w § 1 w pkt 1 lit. d. | Konsultacje społeczne do 21 stycznia 2022 r. | [Projekt (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/projekt/12355052/katalog/12845638#12845638) |
| 12.01.2022 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie komisji bioetycznej oraz Odwoławczej Komisji Bioetycznej | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie trybu powoływania oraz sposobu działania komisji bioetycznej oraz Odwoławczej Komisji Bioetycznej określa m.in. tryb powoływania komisji bioetycznej i Odwoławczej Komisji Bioetycznej, jako komisji ogólnopolskiej, oraz sposobu działania tych komisji.  Dotychczas obowiązujące przepisy wykonawcze, tj. rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 maja 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznej (Dz. U. z 1999 r. poz. 480), nie odpowiadały w sposób pełny aktualnej strukturze komisji bioetycznych i obowiązującemu nazewnictwu podmiotów powołujących te komisje. Dlatego też projektowane rozporządzenie rozwiązuje wskazany problem, uwzględniając zarówno zakres podmiotów uprawnionych do powoływania komisji bioetycznych jak i właściwe, aktualnie obowiązujące nazewnictwo.  Dodatkowo w odniesieniu do Odwoławczej Komisji Bioetycznej doprecyzowano wymagany termin opiniowaniaprzez Naczelną Radę Lekarskiej kandydatów na członków Odwoławczej Komisji Bioetycznej oraz termin w jakim minister właściwy do spraw zdrowia jest obowiązany do powołania Odwoławczej Komisji Bioetycznej po uzyskaniu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej. W dotychczasowych przepisach brak jest również wymogów kwalifikacyjnych, jakie powinien spełniać kandydat na członka komisji bioetycznej i Odwoławczej Komisji Bioetycznej. Toteż koniecznym jest wprowadzenie przepisów umożliwiających właściwy dobór kandydatów na członków obu rodzajów komisji, poprzez doprecyzowanie kwalifikacji i doświadczenia zawodowego stosownie do rodzaju komisji bioetycznej i miejsca jej usytuowania w rozumieniu profilu działania. Dla przykładu: komisja bioetyczna w określonym instytucie badawczym opiniuje projekty eksperymentów medycznych z reguły w konkretnej dyscyplinie naukowej, natomiast Odwoławcza Komisja Bioetyczna opiniuje projekty eksperymentów medycznych w szerokim spektrum dyscyplin w ramach dziedziny nauk medycznych i nauk o zdrowiu, które uprzednio uzyskały negatywną opinię właściwej komisji bioetycznej. Powyższe uwarunkowania nakazują wprowadzenie wyższych wymogów w zakresie kwalifikacji, poprzez wprowadzenie wymogu posiadania co najmniej stopnia naukowego doktora zawodowego wobec kandydata na członka Odwoławczej Komisji Bioetycznej.  Kolejny problem – jaki powyższy projekt rozporządzenia rozwiązuje, jest wprowadzenie kadencyjności członkostwa w Odwoławczej Komisji Bioetycznej i zarazem ujednolicenia okresu kadencji na okres 4 lat dla obu rodzajów komisji – tj. Odwoławczej Komisji Bioetycznej i komisji bioetycznej.  W dotychczasowych przepisach kadencyjność dotyczyła jedynie składu komisji bioetycznej i wynosiła 3 lata. W proponowanym projekcie – kadencyjność wynosi 4 lata i obejmuje oba rodzaje komisji. Wydłużenie kadencyjności do 4 lat w ocenie projektodawcy jest słuszne z uwagi również na 4-letni okres kadencyjności organów izb lekarskich, czy organów uczelni. W ten sposób projektodawca dostosowuje okres kadencyjności do powszechnie przyjętych standardów obowiązujących w ww. podmiotach (uczelnie, izby lekarskie, instytuty badawcze), zarazem stwarzając możliwość zmiany w składach komisji przez włączanie do udziału w ich pracach kolejnych przedstawicieli środowiska naukowo-medycznego czy przedstawicieli innych zawodów uprawnionych do zasiadania w składach tych komisji.  Istotnym problemem, jaki został zidentyfikowany ze strony ustawodawcy była kwestia ustanowienia uprawnień dla członków Odwoławczej Komisji Bioetycznej do otrzymywania wynagrodzenia za pracę w Komisji. Jak dotąd kwestia ta nie znalazła stosownego unormowania w przepisach rangi ustawowej, jak i na poziomie przepisów wykonawczych, co stanowiło znaczące utrudnienie dla pracy Odwoławczej Komisji Bioetycznej oraz efektywności jej działań. Projektowane rozporządzenie rozwiązuje również i ten problem, określając szczegółowe podstawy do wypłaty wynagrodzenia członkom Odwoławczej Komisji Bioetycznej.  Należy wskazać, że nie ma możliwości zastosowania w przedmiotowej sprawie rozwiązań pozalegislacyjnych.  Rekomendowanym rozwiązaniem jest wykonanie upoważnienia zawartego w art. 29 ust. 26 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, tj. wydanie rozporządzenia w sprawie trybu powoływania oraz sposobu działania komisji bioetycznej oraz Odwoławczej Komisji Bioetycznej.  W projektowanym rozporządzeniu określono:  1) szczegółowy tryb powoływania oraz sposób działania komisji bioetycznej oraz Odwoławczej Komisji Bioetycznej:  a) w zakresie trybu powoływania komisji bioetycznej jako komisji lokalnej uwzględniono specyfikę usytuowania danej komisji, tj.:  - przy okręgowej izbie lekarskiej: organem powołującym jest okręgowa rada lekarska, która powołuje komisję bioetyczną w drodze uchwały rady okręgowej izby lekarskiej,  - w uczelni prowadzącej kształcenie w zakresie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu: organem powołującym jest rektor uczelni, który powołuje komisję bioetyczną w drodze zarządzenia rektora,  - w instytucie badawczym nadzorowanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia: organem powołującym jest dyrektor instytutu, który powołuje komisję bioetyczną w drodze zarządzenia dyrektora instytutu,  - przy instytucie Polskiej Akademii Nauk należącym do Wydziału Nauk Medycznych: organem powołującym jest dyrektor instytutu PAN, który powołuje komisję bioetyczną w drodze zarządzenia dyrektora instytutu,  b) w zakresie trybu powoływania Odwoławczej Komisji Bioetycznej uwzględniono jej funkcję i rangę,  wskazując, zgodnie z § 8 ust. 1, że organem powołującym jest minister właściwy do spraw zdrowia, który powołuje członków Odwoławczej Komisji Bioetycznej w drodze zarządzenia, po uprzednim zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej;  2) wzór oświadczenia kandydata do komisji bioetycznej albo Odwoławczej Komisji Bioetycznej, ze wskazaniem przez kandydata zgody na udział w pracach komisji oraz pisemnego oświadczenia o zachowaniu bezstronności i poufności (§ 1 pkt 2 projektu rozporządzenia);  3) szczegółowy sposób postępowania z wnioskiem o wyrażenie opinii o projekcie eksperymentu medycznego:  a) w zakresie sposobu postępowania komisji bioetycznej oraz Odwoławczej Komisji Bioetycznej, wskazano, że zarówno komisja bioetyczna jak i Odwoławcza Komisja Bioetyczna działa w trybie wnioskowym,  b) w zakresie postępowania odwoławczego od negatywnej opinii o projekcie eksperymentu medycznego, wprowadzano tryb umożliwiający ponowne rozpatrzenie sprawy przez tę samą komisję bioetyczną, która wydała opinię negatywną, jeżeli uzna za zasadne zmianę wydanej uprzednio uchwały – na pozytywną.  Termin do wydania takiej uchwały został określony na 30 dni od daty otrzymania wniosku odwoławczego. W przeciwnym wypadku, tj. utrzymaniu w mocy uchwały negatywnej, sprawa jest przekazywana do Odwoławczej Komisji Bioetycznej w celu rozpatrzenia w trybie odwoławczym. Powyższe kwestie zostały szczegółowo uregulowane w § 16–17 projektowanego rozporządzenia;  4) wysokość wynagrodzenia dla członków Odwoławczej Komisji Bioetycznej jako nieistniejącego dotychczas uprawnienia do otrzymywania wynagrodzenia – wskazano na sposób wyliczenia wysokości tego wynagrodzenia jako pochodnej od przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego w drodze obwieszczenia Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego.  Przysługująca wysokość jest nie wyższa niż 40% ww. wynagrodzenia za udział w posiedzeniu i została zindywidualizowana stosownie do pełnionej funkcji w \ Odwoławczej Komisji Bioetycznej. | Konsultacje społeczne do 10 stycznia 2022 r. | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12354954/12845235/12845236/dokument538250.pdf) |
| 12.01.2022 | Ustawa | Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw | Brak lub nie zawsze efektywne narzędzia związane z zapewnieniem prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w tym z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem epidemii COVID-19.  Ujednolicenia wymagają przepisy dotyczące zasad przeprowadzania szczepień ochronnych, składanych raportów i sprawozdań dotyczących szczepień ochronnych. Obecnie obowiązujące przepisy nie umożliwiają pełnego monitorowania chorób zakaźnych pod względem sekwencjonowania czynnika biologicznego i identyfikacji wariantów alarmowych.  Konieczne jest także wprowadzenie zmian w zakresie:  1) dokumentacji medycznej dotyczącej ochrony zdrowia psychicznego umożliwiających ich udostępnianie w postaci elektronicznej;  2) umożliwienia studentom oraz absolwentom studiów na kierunku lekarskim, lekarsko-dentystycznym oraz studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo przeprowadzanie szczepień ochronnych przeciwko COVID-19.  Brak jest możliwości osiągnięcia celu projektowanych zmian za pomocą innych środków niż interwencja ustawodawcza.  Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw ma na celu wprowadzenie kolejnych instrumentów w zakresie ochrony zdrowia, które pozwolą na zapewnienie sprawnego i efektywnego działania tego systemu.  Projekt ustawy zakłada dokonanie zmian w następujących ustawach:  1) z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.);  2) z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 195);  3) z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 685);  4) z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2021 r. poz. 790, z późn. zm.);  5) z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1749);  6) z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 866, z późn. zm.);  7) z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 1977, z późn. zm.);  8) z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2020 r. poz. 2050);  9) z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2020 r. poz. 2021);  10) z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2021 r. poz. 2069);  11) z dnia 25 lutego 2011 r. o substancjach chemicznych i ich mieszaninach (Dz. U. z 2020 r. poz. 2289, z późn. zm.);  12) z dnia 18 marca 2011 r. o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (Dz. U. z 2020 r. poz. 836);  13) z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 666, z późn. zm.);  14) z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 523, z późn. zm.);  15) z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 479, z późn. zm.);  16) z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. z 2021 r. poz. 268);  17) z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2021 r. poz. 553, z późn. zm.);  18) z dnia 20 maja 2016 r. o zmianie ustawy o publicznej służbie krwi oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 823, z późn. zm.);  19) z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 1297);  20) z dnia 25 maja 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1200, z późń. zm.);  21) z dnia 4 października 2018 r. o produktach kosmetycznych (Dz. U. poz. 2227);  22) z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (Dz. U. poz. 1590);  23) z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 2095, z późn. zm.);  24) z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2020 r. poz. 1291, z późn. zm.);  25) z dnia 17 września 2020 r. o zmianie ustawy o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. poz. 1899);  26) z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. poz. 1875); 27) z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych (Dz. U. poz. 2401, z późn. zm.); 28) z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2021 r. poz. 97, z późn. zm.).  Przedmiotem projektu ustawy jest wprowadzenie rozwiązań w ochronie zdrowia w zakresie:  1) uelastycznienia oraz zrównania wymagań dla Państwowego Inspektora Sanitarnego, Państwowego Inspektora Farmaceutycznego, Prezesa z wymaganiami dla Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia;  2) usprawnienia procesu weryfikacji ilości oraz rodzaju przepisanych świadczeniobiorcy leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych z systemu teleinformatycznego usługodawcy lub z Systemu Informacji Medycznej;  3) rozszerzenia zakresu przedmiotowego i podmiotowego uprawnienia do bezpłatnych leków i wyrobów medycznych o osoby będące w okresie połogu;  4) umożliwienia uzyskania przez jednostki samorządu terytorialnego dofinansowania nie tylko na udzielanie świadczeń zdrowotnych określonych w wykazach świadczeń gwarantowanych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, ale również na realizację szczepień ochronnych;  5) wprowadzenia zmiany umożliwiającej Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia, racjonalne i adekwatne do zapotrzebowania kadrowe podejście do organizacji egzaminu kwalifikacyjny na stanowisko kontrolera, zgodne z potencjałem komórki organizacyjnej realizującej zadania kontrolne;  6) wprowadzenia formy elektronicznej udzielanych upoważnień i pełnomocnictw przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia;  7) terminu złożenia wniosku o wypłatę wynagrodzenia za świadczenia udzielone świadczeniobiorcom w okresie obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ponad kwotę zobowiązania;  8) umożliwienia określenia maksymalnej kwoty zobowiązania, jaką rozdysponować może świadczeniodawca podstawowej opieki zdrowotnej, przez uzupełnienie przepisów dotyczących budżetu powierzonego, wprowadzonego w art. 159 ust. 2b pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;  9) umożliwienia przyjęcia za podstawę wyliczenia kolejnego ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, na pierwsze półrocze 2022 r., odpowiednich danych sprawozdawczych za 2019 r., czyli za ostatni okres rozliczeniowy przypadający przed pandemią COVID-19;  10) nadzoru sprawowanego przez właściwych państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych na obiektami należącymi do Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu i Centralnego Biura Antykorupcyjnego oraz w stosunku do funkcjonariuszy tych służb;  11) usprawnienia procesu kierowania pacjenta do szpitala psychiatrycznego;  12) umożliwienia, osobom, które zdobyły kwalifikacje zawodowe pielęgniarki albo położnej w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii do dnia 31 grudnia 2020 r., uzyskanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki albo położnej w Rzeczypospolitej Polskiej na zasadach obowiązujących do tego dnia;  13) dopuszczenia do odbywania specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia za zgodą dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego osób z tytułem licencjata;  14) zawężenia katalogu kanałów komunikacji, w ramach których pacjent może otrzymać informację (uproszczoną) o skierowaniu wystawionym w postaci elektronicznej oraz o wystawionych receptach;  15) obniżenia wymagań kwalifikacyjnych dla dyspozytorów medycznych;  16) prowadzenia szkoleń operatorów numerów alarmowych nie w centralnym ośrodku szkolącym a centrach powiadamia ratunkowego, w których są zatrudnieni;  17) uchylenia przepisu o terminie obowiązywania certyfikatu operatora numerów alarmowych;  18) umożliwienia osobom przebywającym w izolacji lub kwarantannie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej bez konieczności hospitalizacji;  19) rozszerzenia uprawnień na osoby kierujące akcją w zespołach ratownictwa medycznego do prowadzenia medycznych czynności ratunkowych;  20) organu nadzoru rynku w zakresie zadań dotyczących produktów kosmetycznych, substancji chemicznych i ich mieszanin oraz produktów biobójczych  21) możliwości podpisywania elektronicznej dokumentacji medycznej innym rodzajem podpisu elektronicznego, niż dotychczas, zapewniającym autentyczność wytworzonego dokumentu;  22) wprowadzenia nowego identyfikatora pracownika medycznego odpowiadającego numerowi prawa wykonywania zawodu dla osób, które uzyskały kwalifikacje poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej i uzyskały zgodę ministra właściwego do spraw zdrowia na wykonywanie zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;  23) zmiany nazwy Systemu Monitorowania Zagrożeń na System Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych;  24) wprowadzenia nowego systemu dziedzinowego, tj. Systemu Ewidencji Występowania Chorób Zakaźnych i Przeciwdziałania tym chorobom;  25) przesunięcia terminu przekazywania przez System Informacji Medycznej do Narodowego Funduszu Zdrowia danych niezbędnych do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnych;  26) doprecyzowania definicji technologii lekowej o wysokiej istotności klinicznej w taki sposób, że dookreślono, iż z definicji tej wyłączono technologie stosowane w ramach procedury tzw. RDTL (ratunkowego dostępu do technologii lekowej);  27) uregulowania marży leków recepturowych;  28) wprowadzenia limitów cen leków recepturowych;  29) wprowadzenia procedury zmiany podmiotu – strony decyzji refundacyjnej umożliwiającej przeniesie wydanej decyzji na inny podmiot, który wszedł w prawa i obowiązki podmiotu dotychczasowego, na rzecz którego została wydana decyzja refundacyjna;  30) przepisów regulujących możliwość wystawiania zleceń na zaopatrzenie i naprawę wyrobów medycznych w formie uproszczonej;  31) ułatwienia procesu wystawiania tzw. recept 75+ oraz tzw. recept ciąża + oraz wyrobów medycznych;  32) uregulowania zasad potwierdzania odbioru wyrobu medycznego przez świadczeniobiorcę;  33) dofinansowania kosztów związanych ze szkoleniem specjalizacyjnym w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia;  34) uchylenia obowiązku sporządzania sprawozdania z działań określonych w ustawie z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, wobec bieżącego informowania o podejmowanych działaniach;  35) wprowadzenia zmian porządkujących i dostosowujących do obowiązującego systemu prawa. | Konsultacje społeczne do 3 stycznia 2022 r. | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/2/12354953/12845121/12845123/dokument538243.pdf) |
| 12.01.2022 | Ustawa | Projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa | W Rzeczypospolitej Polskiej na koniec 2020 r. funkcjonowało 575 szpitali publicznych rozumianych jako podmioty lecznicze udzielające świadczeń szpitalnych, funkcjonujące w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (spzoz), instytutów badawczych oraz spółek kapitałowych, w których wartość nominalna udziałów albo akcji należących do Skarbu Państwa, jednostek samorządu terytorialnego lub uczelni medycznej stanowi co najmniej 51% kapitału zakładowego. W powyższym ujęciu nie zostały uwzględnione takie podmioty lecznicze, jak: jednostki lecznictwa uzdrowiskowego, podmioty świadczące usługi w trybie leczenia jednego dnia, zakłady i ośrodki rehabilitacji, zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz terapia uzależnień.  Wskazane podmioty napotykają szereg bardzo istotnych czynników ograniczających ich prawidłowe funkcjonowanie. Podstawowym zjawiskiem utrudniającym rozwój szpitali jest ich pogarszająca się sytuacja finansowa, przejawiająca się głównie rosnącym zadłużeniem. Nie bez wpływu na nią pozostanie również wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 listopada 2019 roku, sygn. akt K 4/17, który de facto ograniczył katalog źródeł finansowania szpitali funkcjonujących w formie spzoz.  Pogarszająca się sytuacja finansowa nie jest jedynym czynnikiem utrudniającym prawidłowe funkcjonowanie szpitali.  W znacznym stopniu utrudnia je również zjawisko tzw. „wielowładztwa”, tj. pełnienia wobec szpitali funkcji podmiotów nadzorujących przez wiele różnych jednostek, głównie samorządu terytorialnego. Występowanie wielu podmiotów nadzorujących odpowiadających za funkcjonowanie poszczególnych szpitali na danym terenie nie służy również zapewnieniu kompleksowości udzielania świadczeń zdrowotnych.  Zauważalną i niekorzystną dla funkcjonowania szpitali jest także nieuzasadniona konkurencja pomiędzy tymi jednostkami o pacjentów, personel medyczny oraz zasoby materialne. Zjawisko to jest nacechowane negatywnie, gdyż szpitale prowadzące działalność na tym samym terenie nie powinny powielać świadczonych usług, prowadząc de facto wobec siebie działalność konkurencyjną, a wzajemnie się w tym zakresie uzupełniać, co z punktu widzenia pacjenta zapewniłoby kompleksowość oferowanej opieki zdrowotnej. Z kolei rywalizacja o personel medyczny istotnie wpływa na zwiększenie kosztów wynagrodzeń ponoszonych przez szpitale.  Nadmiarowe koszty działalności szpitali generuje także utrzymywanie nieefektywnie wykorzystywanej bazy, jak również nieuzasadnione faktycznymi potrzebami utrzymywanie przez część szpitali podwyższonej gotowości.  Kolejnym czynnikiem utrudniającym funkcjonowanie i ograniczającym rozwój sektora szpitalnictwa jest jego niedoinwestowanie. Z uwagi na skalę niezbędnych nakładów inwestycyjnych, jedynie część świadczeniodawców jest w stanie zapewnić w miejscu udzielania świadczeń szerokie spectrum badań diagnostycznych i wysoki poziom leczenia.  Zdecydowany wpływ na ograniczenie możliwości inwestycyjnych szpitali ma również bardzo wysoki poziom kosztów wynagrodzeń z ubezpieczeniami społecznymi oraz kontraktami lekarskimi i pielęgniarskimi w kosztach ogółem szpitali (w spzoz i instytutach badawczych średnio na poziomie prawie 60%). Dlatego też, tak istotne jest zintensyfikowanie rozwoju szpitalnictwa.  Z niedoinwestowaniem wiążą się pośrednio również zasoby systemu ochrony zdrowia, które w przypadku części szpitali są niewystarczające, a w przypadku innych, nieadekwatne do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych ludności.  Ponadto, ogłoszony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stan zagrożenia epidemicznego i epidemii w związku z rozprzestrzenianiem się choroby COVID-19 w jaskrawy sposób pokazał, jak trudno prowadzić skoordynowanie działania zarządcze (zarządzanie kryzysowe) w sytuacji wymuszającej długotrwałe uzgodnienia pomiędzy różnymi podmiotami nadzorującymi szpitale. Dodatkowo większa liczba tych podmiotów, przy braku jednostki koordynującej i nadzorującej kompleksowo procesy zachodzące w całym sektorze szpitalnictwa, nie sprzyja również prowadzeniu spójnej polityki w zakresie zabezpieczenia świadczeń medycznych oraz optymalnemu zabezpieczeniu potrzeb zdrowotnych, zgodnemu z Mapami Potrzeb Zdrowotnych i Planami Transformacji.  Dodatkowo, w związku z brakiem jasnych wymogów określających niezbędne kwalifikacje osób mogących zarządzać podmiotami leczniczymi pojawiają się sytuacje, gdzie poziom kompetencji menedżerskich jest niewystarczający, dlatego też w celu zwiększenia profesjonalizacji kadry zarządzającej niezbędna jest jej certyfikacja.  Zaznaczyć należy, że w przeszłości podejmowane były próby zreformowania sektora szpitalnictwa z uwagi na pogarszającą się sytuację finansową szpitali przejawiającą się głównie rosnącym zadłużeniem. Istotnym doświadczeniem w tym zakresie są działania przeprowadzone na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 164). Ówczesna reforma polegała na restrukturyzacji finansowej zadłużenia szpitali z tytułu zobowiązań publiczno- i cywilnoprawnych, jak również roszczeń pracowników wynikających z tzw. „ustawy 203” (z lat 1999-2004). Udzielone wówczas przez Bank Gospodarstwa Krajowego pożyczki, co prawda spowodowały spadek zobowiązań wymagalnych w wyniku konwersji na zobowiązania długoterminowe, jednak nie poprawiły realnie sytuacji finansowej szpitali.  Najwyższa Izba Kontroli, zwana dalej „NIK”, w informacji z dnia 9 maja 2016 roku o wynikach kontroli pn. „Restrukturyzacja wybranych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej korzystających z pomocy ze środków publicznych” (obejmującej okres od dnia 1 stycznia 2005 r. do dnia 31 grudnia 2014 r.) wskazała, że nie wprowadzono wówczas skutecznych mechanizmów, które motywowałyby szpitale do restrukturyzacji zapewniającej trwałą poprawę sytuacji finansowej. Mimo, że ówczesne przepisy uzależniały otrzymanie pomocy od przygotowania przez szpitale programów restrukturyzacyjnych, to nie zawierały one już narzędzi wymuszających realizację działań w nich zawartych. Pomoc nie była więc tak naprawdę warunkowana wdrożeniem działań naprawczych.  Ponadto, realizacja działań restrukturyzacyjnych, jak też osiągnięcie zaplanowanych efektów nie były objęte wystarczającym monitorowaniem ani przez organy restrukturyzacyjne (wojewodów) ani też przez podmioty tworzące.  W zdecydowanej części szpitale nie wyznaczały również osób odpowiedzialnych za realizację działań restrukturyzacyjnych i monitorowanie ich efektów. Zakres przewidzianej w ustawie z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej weryfikacji został ograniczony jedynie do kwestii zgodności wydatkowania środków z ich przeznaczeniem, co nie mobilizowało wspartych szpitali do poprawy jakości zarządzania w dłuższej perspektywie, w tym do podejmowania trudnych w odbiorze społecznym wyzwań w zakresie optymalizacji zatrudnienia i wynagrodzeń. Zdaniem NIK, optymalizacja kosztów wynagrodzeń pracowników szpitali, z uwagi na ich największy udział w ogólnych kosztach działalności podmiotów leczniczych, pomimo tego iż jest trudnym wyzwaniem dla zarządzających szpitalem, to jednak ma bezpośredni wpływ na sytuację finansową. Potwierdzeniem tego jest fakt, że na poprawę sytuacji finansowej części szpitali objętych kontrolą NIK wpływ miała nie skala i zakres otrzymanego wsparcia zewnętrznego, a racjonalizacja kosztów prowadzonej działalności, w szczególności kosztów zatrudnienia i wynagrodzeń.  W raporcie NIK wskazano, że zaciągane w ramach realizacji ówczesnej reformy kredyty i pożyczki długoterminowe tylko w nielicznych przypadkach były przeznaczane na cele rozwojowe i inwestycyjne. Znacząca część tych zobowiązań związana była z utratą płynności finansowej przez szpitale, a podejmowane działania miały na celu pozyskanie środków na spłatę długu wymagalnego. Podejmowane w tym zakresie działania jedynie w krótkim okresie poprawiały płynność finansową podmiotów, natomiast w dłuższej perspektywie takie zadłużenie stanowiło zwiększone ryzyko dla stabilności finansowej szpitali, w których nie były podejmowane skuteczne działania naprawcze.  Jak stwierdziła NIK, duże znaczenie dla powodzenia procesu restrukturyzacji szpitala mają również kompetencje kadry zarządczej. Działania restrukturyzacyjne wymagają także ścisłej współpracy obu podmiotów – leczniczego oraz tworzącego. W wielu przypadkach stwarzane są jedynie pozory sprawowania nadzoru, czego przejawem jest m.in. ograniczenie zakresu otrzymywanych przez samorządy informacji wyłącznie do treści zawartych w planach i sprawozdaniach finansowych. Brak pogłębionej analizy uniemożliwia zarówno rzetelną ocenę prowadzenia gospodarki finansowej nadzorowanego podmiotu, jak również ocenę planowanych do realizacji działań naprawczych lub rozwojowych w szpitalu. Tymczasem, podmioty tworzące nie oczekiwały od szpitali podejmowania zobowiązań w zakresie prowadzenia działań restrukturyzacyjnych. Oczekiwania w tym zakresie ograniczały się jedynie do uzyskania potwierdzeń, że przekazywana pomoc została wykorzystana zgodnie z przeznaczeniem. Tym samym warunki uzyskiwania przez szpitale wsparcia, nie motywowały zarządzających tymi podmiotami do podejmowania trudnych wyzwań w zakresie restrukturyzacji. Skuteczność takich działań, z uwagi na ryzyko występowania oporu społecznego, w wielu przepadkach uzależniona była jedynie od determinacji osób kierujących szpitalami.  NIK uznała również, że kluczowe dla budowania spójnego systemu ochrony zdrowia, w przypadku braku systemowych rozwiązań, jest współdziałanie samorządów na wszystkich jego szczeblach.  Z informacji NIK, jako najistotniejsze obszary problemowe szpitali publicznych, wyłaniają się zatem: konieczność sporządzania rzetelnych programów restrukturyzacyjnych, brak mechanizmów nadzoru, niewystarczające współdziałanie na linii szpital – podmiot tworzący, czy brak mechanizmów mobilizujących kadrę zarządczą szpitali do wdrażania programów restrukturyzacyjnych oraz konsekwencji niewykonania takich programów. Ponadto, wskazano na konieczność stworzenia mechanizmów regulujących kwestie zatrudnienia, kontroli płac i stwarzających możliwość budowania stałej kadry medycznej w szpitalach oraz stworzenia kadry restrukturyzacyjnej na czas przeprowadzenia działań restrukturyzacyjnych szpitali publicznych.  Przeprowadzona w 2017 r. reforma systemu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanej w szpitalach nie przyniosła oczekiwanych rezultatów w zakresie poprawy dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, koncentracji świadczeń, racjonalizacji kosztów po stronie podmiotów leczniczych oraz racjonalizacji wydatków po stronie płatnika – Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „NFZ”.  Wyodrębnianie w ramach wprowadzonego, systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „PSZ”, 6 poziomów zabezpieczenia szpitalnego oparte było na skomplikowanych i mało przejrzystych kryteriach, nie niosąc istotnej wartości dodanej.  Wychodząc naprzeciw zidentyfikowanym problemom, zdecydowano się przygotować ustawę, mającą na celu osiągnięcie efektów na kilku płaszczyznach. Rozwiązania zawarte w projekcie ustawy pozwolą na optymalizację jakości leczenia i poziomu bezpieczeństwa pacjenta przez wdrożenie systemowych rozwiązań dotyczących jakości i efektów leczenia (koncentrację leczenia specjalistycznego) oraz zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń, jak również na poprawę sytuacji finansowej podmiotów szpitalnych. Projektowana regulacja ma także zapewnić prowadzenie spójnej polityki w zakresie zabezpieczenia świadczeń medycznych dzięki optymalnemu zabezpieczeniu potrzeb zdrowotnych obywateli, zgodnego z Mapami Potrzeb Zdrowotnych i Planami Transformacji.  Projektowana ustawa zakłada utworzenie systemu nadzoru nad procesami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych przez powołanie instytucji – Agencji Rozwoju Szpitali, zwanej dalej również „ARS”, która będzie odpowiedzialna za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie tych procesów oraz zapewnienie rozwoju sektora szpitalnictwa. Należy zaznaczyć, iż instytucja ta będzie miała również inne zadania dotyczące podmiotów szpitalnych, takie jak organizowanie i koordynowanie wspólnych zakupów, wsparcie finansowe, merytoryczne i eksperckie. Wspierane będą również inwestycje w szpitalach dzięki skoordynowaniu działań na rzecz rozwoju szpitalnictwa, a także skierowaniu na ten cel dodatkowych środków z różnych źródeł: budżetu państwa, funduszy unijnych, czy funduszy celowych zarządzanych przez Ministra Zdrowia.  Projekt ustawy wprowadza skuteczne mechanizmy restrukturyzacyjne poprawiające rentowność szpitali i ich stabilność finansową, w tym również restrukturyzację zobowiązań tych jednostek. Proponowane rozwiązania legislacyjne mają pozwolić także na koordynację i optymalizację wykorzystania bazy materialnej systemu, uporządkowanie struktury świadczeniodawców oraz wprowadzenie mechanizmów stymulujących integrację i koordynację świadczeń szpitalnych, a co za tym idzie brak dublowania oferowanych świadczeń i eliminacja konieczności utrzymywania w części szpitali wykwalifikowanego personelu medycznego.  Rozwiązania zaproponowane w projekcie ustawy pozwolą na uniknięcie konkurowania pomiędzy szpitalami o tych samych pacjentów i kontrakty z NFZ. Dzięki wykorzystaniu efektu skali przez interwencje obejmujące wszystkie podmioty szpitalne (np. wymiana sprzętu, zakupy wspólne materiałów i usług) planuje się ograniczenie kosztów funkcjonowania szpitali.  Ponadto, zaprojektowane przepisy mają doprowadzić do efektywniejszego wykorzystania dostępnych zasobów kadrowych szpitali i nowoczesnej infrastruktury medycznej, a także do wzmocnienia kadry zarządzającej i popularyzacji nowoczesnych systemów, narzędzi i metod zarządzania w ochronie zdrowia, jak również certyfikacji umiejętności kadry zarządzającej.  Celem wprowadzanych zmian legislacyjnych jest osiągnięcie korzyści dla pacjenta wynikających z dobrze działającego systemu leczenia szpitalnego, przede wszystkim przez dopasowanie tego systemu do struktury demograficznej i rzeczywistych potrzeb zdrowotnych ludności. Pacjenci skorzystają również na odpowiedniej alokacji nakładów finansowych oraz koncentracji świadczeń i profilowaniu szpitali, jak również ich usieciowieniu w zakresie realizowanych profili świadczeń. Koncentracja procedur wysokospecjalistycznych w ośrodkach kompetencji będzie miała na celu poprawę wyników leczenia, zwiększenie dostępności do nowoczesnych technologii i terapii medycznych oraz rozwój kadr medycznych.  W zakresie PSZ proponuje się:  1. rezygnację z definiowania i wyodrębniania poziomów PSZ, na rzecz kwalifikowania wszystkich świadczeniodawców mających przynajmniej jeden tzw. profil kwalifikujący realizowany na podstawie umowy z NFZ, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie pełne lata kalendarzowe, w trybie pełnej hospitalizacji, z jednoczesnym zastrzeżeniem, że w przypadku profili zabiegowych dodatkowym kryterium kwalifikacji będzie określony minimalny udział świadczeń zabiegowych w ostatnim pełnym roku kalendarzowym, a w przypadku profilu położnictwo i ginekologia minimalna liczba odebranych porodów w tym samym okresie;  2. uproszczenie i złagodzenie zasad regulujących udzielanie przez świadczeniodawców w ramach PSZ dodatkowych rodzajów świadczeń, tj. świadczeń:  a) realizowanych w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego albo izby przyjęć,  b) z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii lub anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci,  c) z zakresu chemioterapii lub chemioterapii – leczenie jednego dnia,  d) z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych,  e) z zakresu rehabilitacji leczniczej, realizowanych w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego lub stacjonarnych,  f) z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanych w poradniach przyszpitalnych,  g) w ramach programów lekowych,  h) objętych kompleksową opieką zdrowotną;  3. wyłączenie z PSZ świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;  4. wprowadzenie regulacji umożliwiającej, na wniosek świadczeniodawcy, dokonanie w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach PSZ zmiany polegającej na zastąpieniu określonych profili kwalifikujących odpowiadającymi im profilami świadczeń realizowanymi w trybie hospitalizacji planowej albo leczenia jednego dnia;  5. umożliwienie wszystkim świadczeniodawcom realizującym w ramach PSZ określony profil świadczeń, który nie zostałby objęty kwalifikacją na nowych zasadach, kontynuację udzielania świadczeń w ramach takiego profilu w trybie hospitalizacji planowej albo leczenia jednego dnia, na okres obowiązywania kolejnego wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do PSZ.  Celem ustawy jest modernizacja i poprawa efektywności działalności oraz poprawa sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów szpitalnych, a także wsparcie ich rozwoju, optymalizacja ich działalności, dostosowanie działalności poszczególnych podmiotów szpitalnych do potrzeb regionalnych, wprowadzanie lub ulepszanie procesowego modelu zarządzania podmiotami szpitalnymi, a w razie potrzeby naprawa ich działalności oraz restrukturyzacja ich zadłużenia na podstawie ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne (Dz. U. z 2021 r. poz. 1588). Zaproponowane rozwiązania prawne mają umożliwić i wspierać modernizację oraz poprawę efektywności szpitalnictwa przez:  1. poprawę efektywności ekonomicznej podmiotów szpitalnych przez restrukturyzację zadłużenia oraz dokonanie ich ewaluacji i przypisanie do odpowiedniej kategorii, która będzie warunkowała działania rozwojowe i naprawcze jakie zostaną podjęte w poszczególnych podmiotach:  a) kategoria A – podmiot szpitalny w dobrej sytuacji ekonomiczno-finansowej, który tworzy plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii A,  b) kategoria B – podmiot szpitalny wymagający wdrożenia działań optymalizacyjnych, który tworzy plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii B albo w stosunku do którego wszczyna się postępowanie naprawczo-rozwojowe, na jego wniosek,  c) kategoria C – podmiot szpitalny wymagający wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku  do którego Prezes ARS wszczyna postępowanie naprawczo-rozwojowe,  d) kategoria D – podmiot szpitalny wymagający pilnego wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku do którego Prezes ARS wszczyna postępowanie naprawczo-rozwojowe oraz uzyskuje uprawnienie  do powoływania i odwoływania kierownika tego podmiotu szpitalnego;  2. zmianę profilu i dostosowanie działalności podmiotów szpitalnych do potrzeb regionalnych z uwzględnieniem efektywnego i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, map potrzeb zdrowotnych, planów transformacji oraz sieci szpitali;  3. współpracę pomiędzy podmiotami nadzorującymi oraz współpracę pomiędzy podmiotami szpitalnymi, w tym w zakresie konsolidacji funkcji medycznych i koncentracji zasobu ludzkiego oraz świadczeń;  4. utworzenie systemu nadzoru nad procesami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych przez powołanie instytucji ARS, która będzie odpowiedzialna za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie tych procesów, a także realizację innych zadań dotyczących podmiotów szpitalnych takich jak organizowanie i koordynowanie wspólnych zakupów oraz wsparcie finansowe, merytoryczne i eksperckie;  5. podnoszenie jakości zarządzania podmiotami szpitalnymi przez certyfikację oraz rozwój kompetencji kadry menedżerskiej, a także wprowadzanie lub ulepszanie procesowego modelu zarządzania szpitalem;  6. aktualizację systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieci szpitali). | Konsultacje społeczne do 18 stycznia 2022 r. ([dep-dn@mz.gov.pl](mailto:dep-dn@mz.gov.pl)) | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/2/12354951/12845061/12845062/dokument538237.pdf) |
| 12.01.2022 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania | Zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 666, z późn. zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem”, wynika z konieczności dostosowania systemu teleinformatycznego oraz jego modułów funkcjonujących w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne do zapisów obowiązującego rozporządzenia.  Projekt rozporządzenia wprowadza zmianę w § 72 w ust. 3 rozporządzenia w zakresie terminu, w którym dysponenci zespołów ratownictwa medycznego, w tym lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, mogą prowadzić dokumentację medyczną zgodnie z przepisami 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). Zgodnie z treścią obecnie obowiązującego przepisu § 72 w ust. 3 rozporządzenia – mogą to robić do dnia 31 grudnia 2021 r. W projekcie rozporządzenia wydłuża się tą możliwość do 31 grudnia 2022 r. | Skierowanie aktu do ogłoszenia 29 grudnia 2021 r. | [dokument537917.docx (live.com)](https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Flegislacja.gov.pl%2Fdocs%2F%2F516%2F12354901%2F12844685%2Fdokument537917.docx&wdOrigin=BROWSELINK) |
| 12.01.2022 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowego zakresu oraz sposobu przekazywania danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek, osób pobierających zasiłki przyznane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, osób ubiegających się o przyznanie emerytury lub renty oraz pracowników korzystających z urlopu bezpłatnego | Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2012 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz sposobu przekazywania danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek, osób pobierających zasiłki przyznane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, osób ubiegających się o przyznanie emerytury lub renty oraz pracowników korzystających z urlopu bezpłatnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 1410).  Zakład Ubezpieczeń Społecznych, zwany dalej „ZUS”, nie przekazuje do Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”, w odniesieniu do osób, o których mowa w art. 67 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”, (tj. osób w stosunku do których wygasł obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego, a które pobierają zasiłek przyznany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym) danych o dacie powstania i ustania ich prawa do zasiłku. Fundusz obecnie otrzymuje w odniesieniu do tej kategorii osób informację o dacie wypłaty zasiłku oraz informację o okresie, za który wypłacono zasiłek dopiero po dokonaniu przez ZUS wypłaty, co powoduje, że Fundusz nie ma aktualnych danych o statusie tych osób w okresie pobierania zasiłku. Osoby takie posiadają w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych status osoby nieuprawnionej do świadczeń. W konsekwencji:  - system Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców, zwany dalej „eWUŚ”, nie potwierdza na bieżąco prawa do świadczeń tych osób (osoby takie muszą składać oświadczenia o przysługującym prawie do świadczeń lub przedstawiać dokumenty w postaci papierowej, a Fundusz jest obciążony dodatkową pracą związaną z koniecznością weryfikacji złożonych oświadczeń i dokumentów),  - jest utrudniona comiesięczna weryfikacja dokonywana przez Fundusz deklaracji wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, złożonych przez te osoby.  Uwzględnienie w zestawie danych przekazywanych przez ZUS do Funduszu informacji o dacie powstania i ustania prawa do zasiłku osób w stosunku do których wygasł obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego, a które pobierają zasiłek przyznany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym. Otrzymane dane pozwolą określić aktualny status tych osób w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych, co umożliwi łatwą weryfikację prawa tych osób do świadczeń opieki zdrowotnej. Znacząco zmniejszy się liczba składanych oświadczeń i dokumentów, i tym samym zmniejszy się obciążenie Funduszu wynikające z konieczności ich weryfikacji i podejmowania postępowań wyjaśniających w przypadkach budzących wątpliwości. | Konsultacje społeczne do 19 stycznia 2022 r. ([e.wilkoszewska@mz.gov.pl](mailto:e.wilkoszewska@mz.gov.pl)) | [dokument535419.pdf (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12354600/12839958/12839960/dokument535419.pdf) |
| 12.01.2022 | Uchwała Rady Ministrów | Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie przyjęcia dokumentu „Rządowy Plan Rozwoju Sektora Biomedycznego na lata 2021–2030” | Celem Rządowego Planu Rozwoju Sektora Biomedycznego na lata 2021–2030, zwanego dalej „Planem”, jest osiągnięcie przez Rzeczpospolitą Polską pozycji lidera sektora biomedycznego w Europie Środkowo-Wschodniej. Sektor biomedyczny jest definiowany jako sektor strategiczny, i jako taki powinien być aktywnie wspierany przez Rząd, a realizowane inicjatywy będą ukierunkowane na koordynacje działań i wsparcie budowy ekosystemu przyjaznego dla rozwoju sektora biomedycznego. Pandemia COVID-19 potwierdziła potrzebę posiadania silnego krajowego sektora biomedycznego wspierającego innowacje, wykrywanie, analizowanie i monitorowanie potencjalnych zagrożeń epidemiologicznych, skoncentrowanego na pacjencie oraz uwzględniającego dynamikę środowiska cyfrowego i technologicznego.  Nadrzędnymi celami Planu są:  1) poprawa bezpieczeństwa lekowego;  2) zwiększenie dostępności innowacyjnych terapii dla pacjentów;  3) poprawa stanu zdrowia pacjentów;  4) optymalizacja systemu ochrony zdrowia.  Plan został zoperacjonalizowany w 4 obszarach i 11 działaniach w wymiarze czasu, nakładów i oczekiwanych efektów.  Plan dotyczy potrzeb sektora ochrony zdrowia i jego realizacja skoncentrowana będzie na poszukiwaniu rozwiązań o największym potencjale komercjalizacyjnym i mającym realny wpływ na poprawę zdrowia pacjentów. Analiza sytuacji rynkowej oraz aktualnych trendów, uzupełniona przez rekomendacje czołowych interesariuszy sektora, pozwoliła na zidentyfikowanie priorytetowych kierunków rozwoju sektora biomedycznego:  1) medycyna celowana/personalizowana;  2) medycyna translacyjna, badania kliniczne i rozwiązania wspierające efektywność leczenia;  3) narzędzia diagnostyczne, terapeutyczne i wspomagające leczenie oraz rehabilitację.  Realizacja Planu, przy zachowaniu koncentracji na kluczowych obszarach, wdrożeniu efektywnego systemu zarządzania i utrzymaniu kryteriów wyboru projektów koncentrujących się na konwersji projektów na rozwiązanie kluczowych problemów społecznych, pozwoli na zbudowanie pozycji naszego kraju w sektorze biomedycznym zgodnie z zaprojektowaną wizją jego rozwoju. | Planowany termin przyjęcia projektu przez RM - I kwartał 2022 r. | [Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie przyjęcia dokumentu „Rządowy Plan Rozwoju Sektora Biomedycznego na lata 2021–2030” - Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów - BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (kprm.gov.pl)](https://archiwum.bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-rady-ministrow/prace-legislacyjne-rm-i/prace-legislacyjne-rady/wykaz-prac-legislacyjny/r3174022090,Projekt-uchwaly-Rady-Ministrow-w-sprawie-przyjecia-dokumentu-Rzadowy-Plan-Rozwoj.html) |
| 12.01.2022 | Uchwała Rady Ministrów | Projekt uchwały Rady Ministrów zmieniającej uchwałę w sprawie przyjęcia harmonogramu wdrażania Narodowej Strategii Onkologicznej na 2021 r. | Przedłożenie przedmiotowego projektu uchwały ma na celu zaktualizowanie harmonogramu wdrażania Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO, Strategia) na 2021 rok, poprzez zmianę uchwały nr 169/2020 z dnia 19 listopada 2020 r. w sprawie przyjęcia harmonogramu wdrażania Narodowej Strategii Onkologicznej na 2021 r.  Zgodnie z art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 26 kwietnia 2019 r. o Narodowej Strategii Onkologicznej (Dz. U. poz. 969) (ustawa), Strategia realizowana jest w oparciu o harmonogram jej wdrażania, obejmujący okres roku kalendarzowego.  W związku z trwającą pandemią COVID-19, realizacja części zadań uwzględnionych w harmonogramie wdrażania NSO na 2021 r. nie została rozpoczęta w wyznaczonym czasie lub wymaga kontynuacji w kolejnym roku, w związku z czym konieczne jest usunięcie tych zadań z harmonogramu na 2021 r. oraz uwzględnienie ich w harmonogramie na 2022 r.  Wprowadzenie zmian we wskazanym dokumencie podyktowane jest zatem koniecznością uporządkowania informacji nt. realizowanych w ramach Strategii zadań, przy uwzględnieniu faktycznego stanu ich implementacji, zgodnie z wiedzą na IV kwartał 2021 r.  Ponadto, projekt uchwały zakłada dokonanie zmiany w zakresie podziału wydatków zaplanowanych na realizację Strategii w 2021 r., polegającej na przekwalifikowaniu wydatków bieżących w wysokości 37 000 000 zł na wydatki majątkowe, w ramach łącznych nakładów przewidzianych w budżecie państwa na realizację działań określonych w Strategii w 2021 r., które wynoszą nie więcej niż 504 229 000 zł.  W załączniku do projektu uchwały zostały dodane następujące zadania:  1.9. Przygotowanie rozwiązań legislacyjnych w sprawie umiejętności lekarskich, które pozwolą na certyfikowanie konkretnych czynności profilaktycznych, diagnostycznych i terapeutycznych  4.1. Przygotowanie rozwiązań legislacyjnych celem rozpoczęcia procesu szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV)  13.2. Nowelizacja prawa farmaceutycznego w celu częściowego publicznego udostępnienia bazy Centralnej Ewidencji Badań Klinicznych (CEBK)  11.5. Prowadzenie programu badań w kierunku wykrywania raka płuca.  W załączniku do uchwały usunięto następujące zadania:  3.2. Rozpoczęcie realizacji programów edukacyjnych i kampanii społecznych na temat korzyści zdrowotnych wynikających ze szczepienia przeciwko HPV  4.1. Rozpoczęcie procesu szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) dziewcząt w wieku dojrzewania  8.2. Rozpoczęcie prac nad opracowaniem rozwiązań w celu wdrożenia narzędzi motywacyjnych dla zespołów medycyny pracy mające na celu objęcie pracowników z grup podwyższonego ryzyka badaniami przesiewowymi  10.1. Realizacja pilotażu metod zwiększania udziału w badaniach profilaktycznych mammograficznych i cytologicznych (w wybranych województwach/regionach).  Ponadto, w załączniku do uchwały dokonano zmiany w zakresie podziału planowanych nakładów w 2021 r. (w ramach budżetu NSO), polegającej na przeniesieniu 37 000 000 zł z wydatków bieżących na wydatki majątkowe. Łączna wysokość nakładów na realizację NSO w 2021 r. wynosi 504 229 000 zł i nie ulegnie zmianie, natomiast podział wydatków będzie przedstawiał się następująco:  - wydatki bieżące: zmniejszenie z 200 000 000 zł do 163 000 000 zł  - wydatki majątkowe: zwiększenie z 304 229 000 do 341 229 000 zł. | Planowany termin przyjęcia projektu przez RM - IV kwartał 2021 r. - ZREALIZOWANY Rada Ministrów przyjęła 31 grudnia 2021 r. w trybie obiegowym z uwagami | [Projekt uchwały Rady Ministrów zmieniającej uchwałę w sprawie przyjęcia harmonogramu wdrażania Narodowej Strategii Onkologicznej na 2021 r. - Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów - BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (kprm.gov.pl)](https://archiwum.bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-rady-ministrow/prace-legislacyjne-rm-i/prace-legislacyjne-rady/wykaz-prac-legislacyjny/r48785684,Projekt-uchwaly-Rady-Ministrow-zmieniajacej-uchwale-w-sprawie-przyjecia-harmonog.html) |
| 12.01.2022 | Uchwała Rady Ministrów | Projekt uchwały Rady Ministrów zmieniająca uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Przebudowa i rozbudowa Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie” | Zmiana programu wieloletniego pod nazwą „Przebudowa i rozbudowa Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie”, w zakresie rzeczowo-finansowym z pozostawieniem wysokości finansowania z części 46 – Zdrowie na niezmienionym poziomie, w tym: zmiana wartości kosztorysowej inwestycji z 324 840 tys. zł do kwoty 406 891 tys. zł oraz harmonogramu finansowania Programu wieloletniego z innych źródeł niż część 46 – Zdrowie.  W związku z sytuacją na rynku usług budowlanych, w celu uzyskania najlepszych efektów rzeczowych z możliwych do zapewnienia nakładów, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie (SPSK nr 1) zweryfikował możliwości realizacyjne programu i skorygował zakres rzeczowo-finansowy, koncentrując nakłady na zakończenie budowy nowego budynku G-16 (Zadanie III ul. Staszica 16). Powyższe pozwoli na właściwą realizację Programu Wieloletniego i uzyskanie zakładanego efektu w postaci stworzenia warunków do poprawy jakości udzielania świadczeń zdrowotnych i realizacji zadań dydaktyczno – naukowych SPSK Nr 1 w Lublinie przez rozbudowę w zakresie lokalizacji jednostek medycyny ratunkowej i zabiegowej, utworzenie Dziennego Ośrodka Psychiatrii i Zakładu Radioterapii oraz wyposażenie w nowoczesną aparaturę i sprzęt medyczny.  Aktualizacja finansowania Programu nie zmienia wysokości nakładów z budżetu państwa. Konieczność zmian wynika z dostosowania zapisów uchwały do procedowanej ustawy budżetowej na rok 2022.  Celem projektowanej uchwały Rady Ministrów jest zmiana Programu w zakresie zarówno rzeczowym jak i wartości kosztorysowej Programu. Dokonane przez Inwestora istotne zmiany zakresu rzeczowego obejmują m.in.:  1. Wydłużenie terminu realizacji zakresu Zadania I - na okres 2016-2020- z uwagi na ustalony w umowie z wykonawcą – termin zakończenia przebudowy obiektu.  2. Wyłączenie z Programu Zadania II - w zakresie budowy nowego obiektu Polikliniki (H-11), przebudowy pozostałych powierzchni szpitalnych w kompleksie przy ul. Staszica 11 wraz z wyposażeniem - z uwagi na niewystarczające środki finansowe na realizację tego zakresu. Znaczny wzrost cen oferowanych przez podmioty uczestniczące w przetargach sprawia, że realizacja planowanego zakresu rzeczowego w ramach posiadanych środków – nie jest możliwa. Z tego względu zasadne jest przesunięcie posiadanych środków finansowych na realizację realizowanego zadania priorytetowego – budowy obiektu G-16, osiągając zamierzony cel i związany z nim efekt rzeczowy.  3.w Zadaniu III:  Zmniejszenie z 10 do 8 liczby sal Bloku operacyjnego, z możliwością przystosowania jednej sali na salę hybrydową oraz jednej – na salę radiologii zabiegowej – w nowym budynku G-16 w celu koncentracji w tym obiekcie jednostek zabiegowych. Zmiana wiąże się ze zwiększeniem powierzchni sal mając na celu poprawę ich funkcjonalności,  Rezygnację z 8 000 m2 przebudowy obiektów w lokalizacji przy ul. Staszica 16 w tym również starych obiektów klasztornych, wraz z zabudową dachem szklanym wirydarza oraz odstąpieniem od połączenia przejściem podziemnym obiektów szpitalnych przy Staszica 11 i 16. Środki przeznaczono na finansowanie budowy nowego budynku G-16,  Uwzględnienie w zakresie rzeczowym Zadania III – zakupu wyposażenia: specjalistycznej aparatury i sprzętu medycznego ze środków POIiŚ – dla jednostek zlokalizowanych przy Staszica 16. Kwota wydatkowana w ramach projektów zostaje uwzględniona w całości w wartości Zadania III,  Wyłączenie celu polegającego na dostosowaniu Kliniki Chorób Zakaźnych do wymagań przeznaczonych do leczenia osób podejrzanych o zakażenie wirusem Ebola – uzasadnia się brakiem możliwości uzyskania dodatkowych środków finansowych na realizację tego zakresu. Cel określony został w czasie zagrożenia epidemicznego wirusem Ebola. Aktualnie, biorąc pod uwagę zagrożenia związane z pandemią SARS CoV-2 oraz inne choroby wysoce zakaźne wymagające izolacji, konieczne byłoby zapewnienie zwiększonych nakładów inwestycyjnych, których Program nie uwzględnia.  4. W Zadaniu V: Rezygnacja z przebudowy i rozbudowy obiektu przy ul. Staszica 18 o powierzchni 1 088 m2 i przeznaczenie nieruchomości do sprzedaży. - Ze względu na brak możliwości realizacji zamierzonego zakresu, ograniczonego odmową Miejskiego Konserwatora Zabytków w Lublinie oraz wyczerpaniem procedury odwoławczej w celu uzyskania decyzji lokalizacyjnej dla tego obiektu, zasadnym jest jego zbycie i przeznaczenie uzyskanych środków na dofinansowanie zadania priorytetowego, tj. G-16.  Aktualizacja pozwoli na właściwą realizację Programu Wieloletniego w celu uzyskania najlepszych efektów rzeczowych z możliwych do zapewnienia nakładów i uzyskanie zakładanego efektu w postaci stworzenia warunków do poprawy jakości udzielania świadczeń zdrowotnych i realizacji zadań dydaktyczno – naukowych SPSK Nr 1 w Lublinie przez rozbudowę w zakresie lokalizacji jednostek medycyny ratunkowej i zabiegowej, utworzenie Dziennego Ośrodka Psychiatrii i Zakładu Radioterapii oraz wyposażenie w nowoczesną aparaturę i sprzęt medyczny. | Planowany termin przyjęcia projektu przez RM - IV kwartał 2021 r. - ZREALIZOWANY Rada Ministrów przyjęła 30 grudnia 2021 r. w trybie obiegowym z uwagami | [Projekt uchwały Rady Ministrów zmieniająca uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Przebudowa i rozbudowa Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie” - Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów - BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (kprm.gov.pl)](https://archiwum.bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-rady-ministrow/prace-legislacyjne-rm-i/prace-legislacyjne-rady/wykaz-prac-legislacyjny/r22419427,Projekt-uchwaly-Rady-Ministrow-zmieniajaca-uchwale-w-sprawie-ustanowienia-progra.html) |
| 12.01.2022 | Uchwała Rady Ministrów | Projekt uchwały Rady Ministrów zmieniająca uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą. „Rozbudowa Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie i podległych jednostek w zakresie kliniczno-dydaktycznym i medycznych wdrożeń innowacyjnych” | Zmiana programu wieloletniego pod nazwą „Rozbudowa Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie i podległych jednostek w zakresie kliniczno-dydaktycznym i medycznych wdrożeń innowacyjnych”, zwanego dalej „Programem”, wynika z potrzeby aktualizacji zakresu rzeczowego Programu, zwiększenia wysokości łącznej wartości kosztorysowej Programu z kwoty 593 891 tys. zł do kwoty 595 964 tys. zł o środki własne Inwestora w kwocie 2 073 zł, tj. do łącznej wysokości 3 866 tys. zł, harmonogramu ich finansowania w latach 2019 – 2021 i w 2025 roku oraz konieczności dostosowania zapisów uchwały do procedowanej ustawy budżetowej na rok 2022. Istotą aktualizacji Programu jest:  1. Zmiana finansowania w ramach środków własnych Inwestora w zakresie:  - zmniejszenia w 2019 r. z kwoty 70 tys. zł do kwoty 15 tys. zł,  - zwiększenia w 2020 r. z kwoty 0 tys. zł do kwoty 12 tys. zł,  - zwiększenia w 2021 r. z kwoty 181 tys. zł do kwoty 193 tys. zł,  - zwiększenia w 2025 r. z kwoty 305 tys. zł do kwoty 2 409 tys. zł.  2. Zmiana wartości kosztorysowej Programu wynika z konieczności urealnienia kosztów inwestycji na podstawie rozstrzygnięć przeprowadzonych postępowań przetargowych i zawartych umów na realizację poszczególnych zadań wchodzących w zakres rzeczowy programu.  3. Zmiany w zakresie rzeczowym dotyczącym zdania nr 1. Budowa budynku kliniczno-dydaktycznego-badawczego w celu ulokowania w nim - oprócz pierwotnie zakładanych jednostek - pięciu dodatkowych jednostek klinicznych, z tego:  - nowe jednostki, pierwotnie nie planowane w ramach programu: Centrum Badań Klinicznych oraz Laboratorium Mikrobiologiczne,  jednostki pierwotnie zlokalizowane w ramach zadania nr 3 Rozbudowa Oddziału Klinicznego Onkologii, Chemioterapii i Immunoterapii Nowotworów z możliwością utworzenia ośrodka radioterapii: Ambulatoryjną Opiekę Onkologiczną, Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego z Fizjoterapią Onkologiczną oraz Dział Onkologicznego Leczenia Wspomagającego.  Powyższe zmiany wynikają z przeprowadzonej pogłębionej analizy pod kątem funkcjonalności obiektu i potrzeb przyszłych użytkowników, przemawiają za umiejscowieniem ich w budynku kliniczno-dydaktyczno-badawczym. Jednocześnie analiza zakresu działalności przewidzianej do prowadzenia w obiekcie mającym powstać w wyniku realizacji zadania nr 3 oraz możliwości architektoniczno-urbanistycznych lokalizacji tego obiektu wskazują na znaczące ograniczenia związane z pozostawieniem w tej lokalizacji ww. jednostek. Pozostawienie ww. trzech jednostek w zadaniu nr 3 spowodowałaby znaczący wzrost jego kosztów oraz może stanowić zagrożenie dla osiągnięcia zaplanowanych efektów rzeczowych. Umieszczenie ww. jednostek klinicznych wpisują się w cele Programu i nie wpływają na zmniejszenie zakładanych efektów rzeczowych.  4. Zmniejszenie pierwotnie zakładanej powierzchni użytkowej i kubatury budynku kliniczno-dydaktyczno-badawczego bez zmiany jego funkcjonalności. Zmiany wielkości zakładanej powierzchni wynika z faktu, że przyjęta w Programie wieloletnim powierzchnia budynku była wielkością szacunkową. Już na etapie konkursu architektonicznego przeprowadzonego na początku 2020 r. dopuszczono zmiany w zakresie wielkości powierzchni do +/- 10%. W wyniku procesu uzgadniania i zatwierdzenia koncepcji architektonicznej Projektant zaproponował zmianę polegającą na zmniejszeniu powierzchni użytkowej obiektu o ponad 5000 m2 (< 10%) i wg obecnych założeń ma wynosić ok. 51 000 m2 natomiast kubatura - 136 000 m3.  Aktualizacja Programu nie zmienia wysokości nakładów z budżetu państwa, ani okresu realizacji Programu. | Planowany termin przyjęcia projektu przez RM - IV kwartał 2021 r. - ZREALIZOWANY Rada Ministrów przyjęła 30 grudnia 2021 r. w trybie obiegowym z uwagami | [Projekt uchwały Rady Ministrów zmieniająca uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą. „Rozbudowa Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie i podległych jednostek w zakresie kliniczno-dydaktycznym i medycznych wdrożeń innowacyjnych” - Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów - BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (kprm.gov.pl)](https://archiwum.bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-rady-ministrow/prace-legislacyjne-rm-i/prace-legislacyjne-rady/wykaz-prac-legislacyjny/r16967,Projekt-uchwaly-Rady-Ministrow-zmieniajaca-uchwale-w-sprawie-ustanowienia-progra.html) |
| 12.01.2022 | Uchwała Rady Ministrów | Projekt uchwały Rady Ministrów zmieniająca uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Wieloletni program medyczny – rozbudowa i modernizacja Szpitala Uniwersyteckiego Nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy” | Zmiana programu wieloletniego pod nazwą „Wieloletni program medyczny – rozbudowa i modernizacja Szpitala Uniwersyteckiego Nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy”, zwanego dalej „Programem”, dotyczy aktualizacji harmonogramu finansowania w ramach poszczególnych źródeł finansowania tj. zmiany wysokości nakładów z budżetu państwa części 46- Zdrowie w poszczególnych latach w związku z brakiem możliwości wydatkowania przez Inwestora w pełnej wysokości środków budżetu państwa zaplanowanych na 2021 r. oraz środków realizowanych w ramach POIiŚ w związku z finalizacją projektów.  Potrzeba wprowadzenia rozwiązań planowanych w projekcie wynika z konieczności zgodności Programu z projektem ustawy budżetowej na 2022 r.  Celem projektowanej uchwały Rady Ministrów jest zmiana programu wieloletniego pod nazwą „Wieloletni program medyczny – rozbudowa i modernizacja Szpitala Uniwersyteckiego Nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy” w zakresie harmonogramu finansowania z części 46 – Zdrowie w latach 2021-2025.  Aktualizacja harmonogramu finansowania dotyczy:  Przesunięcia w poszczególnych latach środków budżetu państwa tj:  a) zmniejszenie planowanej do wydatkowania w 2021 r. kwoty 129 313 tys. zł do kwoty 28 199 tys. zł,  b) przesunięcie niewydatkowanej w 2021 r. kwoty w wysokości 101 114 tys. zł, z tego na:  – 2023 r. - 65 241 tys. zł,  – 2024 r. - 35 873 tys. zł,  c. zmniejszenie planowanej do wydatkowania w 2025 r. kwoty 48 825 tys. zł do kwoty 28 167 tys. zł, tj. o 20 658 tys. zł oraz przesunięciu jej na 2024 r.  Zwiększenia wysokości środków własnych Inwestora z 1 320 tys. zł do kwoty 1 337 tys. zł.  Zmniejszenia środków w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko (POIiŚ) z łącznej kwoty 26 535 tys. zł, do kwoty 26 518 tys. zł, z tego:  – środki POIŚ w wysokości 20 009 tys. zł,  – środki własne Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 w Bydgoszczy (SU) 2 979 tys. zł  – współfinansowanie z budżetu państwa wkładu własnego w ramach POIiŚ 3 530 tys. zł.  Zmiana finansowania pozwoli na właściwą realizację zadania inwestycyjnego i uzyskanie zakładanych efektów rzeczowych tj. wybudowanie nowego obiektu szpitalnego oraz modernizację wybranych jednostek w istniejących budynkach szpitala w celu zwiększenia możliwości szpitala w zakresie świadczenia kompleksowych usług medycznych, poprawy ich jakości oraz bezpieczeństwa pacjentów. | Planowany termin przyjęcia projektu przez RM - IV kwartał 2021 r. - ZREALIZOWANY Rada Ministrów przyjęła 30 grudnia 2021 r. w trybie obiegowym z uwagami | [Projekt uchwały Rady Ministrów zmieniająca uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Wieloletni program medyczny – rozbudowa i modernizacja Szpitala Uniwersyteckiego Nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy” - Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów - BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (kprm.gov.pl)](https://archiwum.bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-rady-ministrow/prace-legislacyjne-rm-i/prace-legislacyjne-rady/wykaz-prac-legislacyjny/r487592,Projekt-uchwaly-Rady-Ministrow-zmieniajaca-uchwale-w-sprawie-ustanowienia-progra.html) |
| 12.01.2022 | Uchwała Rady Ministrów | Projekt uchwały Rady Ministrów zmieniająca uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Centralny Zintegrowany Szpital Kliniczny – centrum medycyny interwencyjnej (etap I CZSK) | Zmiana programu wieloletniego pod nazwą „Centralny Zintegrowany Szpital Kliniczny – centrum medycyny interwencyjnej (etap I CZSK)” zwanego dalej „Programem”, dotyczy aktualizacji zakresu rzeczowego Programu oraz harmonogramu finansowania w latach w ramach poszczególnych źródeł finansowania, tj. w zakresie środków z budżetu państwa w latach 2021 i 2023, środków własnych inwestorów poniesionych do 2019 r. i w latach 2020 - 2023 r., środków Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014–2020 (POIiŚ) w latach 2020-2023.  Brak możliwości wydatkowania przez Inwestora kwoty środków budżetu państwa planowanej na 2021 r. w pełnej wysokości wynika z długotrwałej procedury przetargowej związanej z wyborem Wykonawcy I etapu inwestycji, co spowodowało opóźnienie rozpoczęcia robót budowalnych, a tym samym zaburzyło przebieg Programu zgodnie z założonym planem środków budżetowych. Konieczność zmian wynika z dostosowania zapisów uchwały do procedowanej ustawy budżetowej na 2022 r.  Powyższe miało wpływ na harmonogram finansowania ze środków własnych inwestorów oraz POIiŚ.  Aktualizacja wprowadzona została w oparciu o realizowane i procedowane postępowania przetargowe, obecny stan zaawansowania zadania, oraz konieczności uporządkowania i dostosowania Programu do aktualnych potrzeb w zakresie oddziałów szpitalnych objętych inwestycją oraz włączenia dodatkowej działki z przeznaczeniem na przeniesienie części planowanego parkingu.  W zakresie Programu niezbędna jest zmiana harmonogramu finansowania w poszczególnych latach w zakresie:  1. Środków własnych, która polega na:  - zmniejszeniu środków w 2019 r. z kwoty 1 474 tys. zł do kwoty 1 467 tys. zł;  - zmniejszeniu środków w 2020 r. z kwoty 1 439 tys. zł do kwoty 440 tys. zł;  - zmniejszeniu środków w 2021 r. z kwoty 18 500 tys. zł do kwoty 1 013 tys. zł  - zmniejszeniu środków w 2022 r. z kwoty 31 796 tys. zł do kwoty 22 739 tys. zł;  - przesunięciu niewykorzystanych środków w latach 2020 – 2022 w wysokości 27 550 tys. zł na 2023 r.  2. Środków w ramach POIiŚ dokonano zmiany zawartej umowy wydłużając okres kwalifikowalności projektu realizowanego w ramach Programu do końca 2023 r., tym samym zaktualizowano harmonogram finansowy tj.:  - przesunięto niewykorzystane środki w 2020 r. w wysokości 5 625 tys. zł na kolejne lata;  - zmniejszono środki w 2021 r. z kwoty 7 500 tys. zł do kwoty 3 031 tys. zł;  - zwiększono środki w 2022 r. z kwoty 1 875 tys. zł do kwoty 8 219 tys. zł;  - wydłużono okres realizacji projektu do 2023 r., w którym zaplanowano kwotę 3 750 tys. zł.  Przedstawione zmiany nie wpływają na zmianę wysokości łącznej wartości kosztorysowej Programu i nie skutkują również zmianami łącznych wartości poszczególnych źródeł finansowania.  Ponadto zaktualizowano Program, w zakresie:  Uporządkowania i dostosowania do aktualnych potrzeb oddziałów szpitalnych objętych inwestycją;  - zmiana nazwy z Oddział Ortopedii i Traumatologii na Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,  - zmiana nazwy Oddziału Leczenia Jednego Dnia wraz z Centrum Badań Klinicznych na Oddział Leczenia Jednego Dnia,  - zmiana nazwy Zintegrowane Bloki Operacyjne na Zintegrowany Blok Operacyjny z Oddziałem Pooperacyjnym,  - wyodrębnienie Oddziału Radioizotopowego,  - doprecyzowanie w kwestii Oddziału Chirurgii Ogólnej,  - dodanie Oddziału Urologii oraz Oddziału Diabetologii i Chorób Wewnętrznych.  2. Włączenia dodatkowej działki z przeznaczeniem na przeniesienie części planowanego parkingu, w związku z obowiązującymi wytycznymi Rady Miasta Poznania w sprawie miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego. Dodatkowe miejsce, przeznaczone na parking, stanowić ma uzupełnienie pierwotnych założeń i wynikać jedynie ze względów organizacyjnych i chęci poprawy ogólnych warunków komunikacyjnych. Utworzenie dodatkowego miejsca parkowania pojazdów dla I etapu CZSK nie zwiększa ogólnej liczby miejsc parkingowych (tj. ok. 300) ujętych w Programie.  Powyższe zmiany nie powodują zmiany Wartości Kosztorysowej Inwestycji natomiast pozwolą na właściwą realizację zadania inwestycyjnego i uzyskanie zakładanego efektu w postaci stworzenia nowoczesnego obiektu szpitalnego dla celów przeniesienia i konsolidacji działalności Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu mieszczącego się przy ul. Długiej 1/2 oraz Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego UM w Poznaniu mieszczącego się w dwóch lokalizacjach – przy ul. Grunwaldzkiej 16/18 i przy ul. Przybyszewskiego 49. | Planowany termin przyjęcia projektu przez RM - IV kwartał 2021 r. - ZREALIZOWANY Rada Ministrów przyjęła 30 grudnia 2021 r. w trybie obiegowym z uwagami | [Projekt uchwały Rady Ministrów zmieniająca uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Centralny Zintegrowany Szpital Kliniczny – centrum medycyny interwencyjnej (etap I CZSK) - Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów - BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (kprm.gov.pl)](https://archiwum.bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-rady-ministrow/prace-legislacyjne-rm-i/prace-legislacyjne-rady/wykaz-prac-legislacyjny/r905327754,Projekt-uchwaly-Rady-Ministrow-zmieniajaca-uchwale-w-sprawie-ustanowienia-progra.html) |
| 12.01.2022 | Uchwała Rady Ministrów | Projekt uchwały Rady Ministrów zmieniająca uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Powstanie Śląskiego Ośrodka Kliniczno-Naukowego Zapobiegania i Leczenia Chorób Środowiskowych, Cywilizacyjnych i Wieku Podeszłego im. prof. Zbigniewa Religi” | Zmiana programu wieloletniego pod nazwą „Powstanie Śląskiego Ośrodka Kliniczno-Naukowego Zapobiegania i Leczenia Chorób Środowiskowych, Cywilizacyjnych i Wieku Podeszłego im. prof. Zbigniewa Religi” dotyczy aktualizacji Wartości Kosztorysowej Programu oraz konieczności dostosowania zapisów uchwały do procedowanej ustawy budżetowej na rok 2022.  W zakresie Programu niezbędna jest aktualizacja wartości kosztorysowej Programu z kwoty 159 917 tys. zł do 159 921 tys. zł, tj. o 4 tys. zł w ramach środków inwestora. Z przyczyn niezależnych od inwestora, konieczna była modyfikacja zakresu robót budowlanych. Z Generalnym Wykonawcą podpisany został aneks zmieniający wartość umowy, a tym samym zwiększający całkowity koszt realizacji programu wieloletniego.  Aktualizacja finansowania Programu nie zmienia wysokości nakładów z budżetu państwa ani okresu realizacji Programu. Konieczność zmian wynika z dostosowania przepisów uchwały do procedowanej ustawy budżetowej na rok 2022.  Celem projektowanej uchwały Rady Ministrów jest zmiana Programu w zakresie wartości kosztorysowej Programu. Aktualizacja pozwoli to na właściwą realizację zadania inwestycyjnego i uzyskanie zakładanego efektu w postaci stworzenia nowoczesnego, przyjaznego pacjentom, spełniającego wszystkie wymogi rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej, ośrodka, w którym prowadzona będzie kompleksowa diagnostyka i terapia chorób wieku podeszłego, środowiskowych i cywilizacyjnych u dzieci i dorosłych. | Planowany termin przyjęcia projektu przez RM - IV kwartał 2021 r. - ZREALIZOWANY Rada Ministrów przyjęła 30 grudnia 2021 r. w trybie obiegowym z uwagami | [Projekt uchwały Rady Ministrów zmieniająca uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Powstanie Śląskiego Ośrodka Kliniczno-Naukowego Zapobiegania i Leczenia Chorób Środowiskowych, Cywilizacyjnych i Wieku Podeszłego im. prof. Zbigniewa Religi” - Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów - BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (kprm.gov.pl)](https://archiwum.bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-rady-ministrow/prace-legislacyjne-rm-i/prace-legislacyjne-rady/wykaz-prac-legislacyjny/r2112032634,Projekt-uchwaly-Rady-Ministrow-zmieniajaca-uchwale-w-sprawie-ustanowienia-progra.html) |
| 10.01.2022 | Ustawa | Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw | Projekt ustawy ma na celu zapewnienie prawidłowego, sprawnego i efektywnego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie epidemii COVID-19.  Przedmiotem projektu ustawy jest wprowadzenie rozwiązań w ochronie zdrowia w zakresie:  1) nadania uprawnień do wykonywania badania kwalifikacyjnego do szczepienia zalecanego przeciw grypie u osób dorosłych przez ratownika medycznego;  2) usprawnienia procesu weryfikacji ilości oraz rodzaju przepisanych świadczeniobiorcy leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych z systemu teleinformatycznego usługodawcy lub z Systemu Informacji Medycznej;  3) rozszerzenia zakresu przedmiotowego i podmiotowego uprawnienia do bezpłatnych leków i wyrobów medycznych o osoby będące w okresie połogu;  4) umożliwienia uzyskania przez jednostki samorządu terytorialnego dofinansowania nie tylko na udzielanie świadczeń zdrowotnych określonych w wykazach świadczeń gwarantowanych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, ale również na realizację szczepień ochronnych;  5) wprowadzenia zmiany umożliwiającej Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia, racjonalne i adekwatne do zapotrzebowania kadrowe podejście do organizacji egzaminu kwalifikacyjny na stanowisko kontrolera, zgodne z potencjałem komórki organizacyjnej realizującej zadania kontrolne;  6) formy elektronicznej udzielanych upoważnień i pełnomocnictw przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia;  7) umożliwienia określenia maksymalnej kwoty zobowiązania, jaką rozdysponować może świadczeniodawca podstawowej opieki zdrowotnej, przez uzupełnienie przepisów dotyczących budżetu powierzonego, wprowadzonego w art. 159 ust. 2b pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;  8) umożliwienia przyjęcia za podstawę wyliczenia kolejnego ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, na pierwsze półrocze 2022 r., odpowiednich danych sprawozdawczych za 2019 r., czyli za ostatni okres rozliczeniowy przypadający przed pandemią COVID-19;  9) nadzoru sprawowanego przez właściwych państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych na obiektami należącymi do Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu i Centralnego Biura Antykorupcyjnego oraz w stosunku do funkcjonariuszy tych służb;  10) usprawnienia procesu kierowania pacjenta do szpitala psychiatrycznego;  11) umożliwienia, osobom, które zdobyły kwalifikacje zawodowe pielęgniarki albo położnej w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii do dnia 31 grudnia 2020 r., uzyskanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki albo położnej w Rzeczypospolitej Polskiej na zasadach obowiązujących do tego dnia;  12) dopuszczenia do odbywania specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia za zgodą dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego osób z tytułem licencjata;  13) zawężenia katalogu kanałów komunikacji, w ramach których pacjent może otrzymać informację (uproszczoną) o skierowaniu wystawionym w postaci elektronicznej;  14) obniżenia wymagań kwalifikacyjnych dla dyspozytorów medycznych;  15) prowadzenia szkoleń operatorów numerów alarmowych nie w centralnym ośrodku szkolącym, a centrach powiadamia ratunkowego, w których są zatrudnieni;  16) uchylenia przepisu o terminie obowiązywania certyfikatu operatora numerów alarmowych;  17) umożliwienia osobom przebywającym w izolacji lub kwarantannie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej bez konieczności hospitalizacji;  18) rozszerzenia uprawnień na osoby kierujące akcją w zespołach ratownictwa medycznego do prowadzenia medycznych czynności ratunkowych;  19) organu nadzoru rynku w zakresie zadań dotyczących produktów kosmetycznych, substancji chemicznych i ich mieszanin oraz produktów biobójczych;  20) możliwości podpisywania elektronicznej dokumentacji medycznej innym rodzajem podpisu elektronicznego, niż dotychczas, zapewniającym autentyczność wytworzonego dokumentu;  21) wprowadzenia nowego identyfikatora pracownika medycznego odpowiadającego numerowi prawa wykonywania zawodu dla osób, które uzyskały kwalifikacje poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej i uzyskały zgodę ministra właściwego do spraw zdrowia na wykonywanie zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;  22) zmiany nazwy Systemu Monitorowania Zagrożeń na System Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych;  23) wprowadzenia nowego systemu dziedzinowego, tj. Systemu Ewidencji Występowania Chorób Zakaźnych i Przeciwdziałania tym chorobom;  24) przesunięcia terminu przekazywania przez System Informacji Medycznej do Narodowego Funduszu Zdrowia danych niezbędnych do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnych;  25) doprecyzowania definicji technologii lekowej o wysokiej istotności klinicznej w taki sposób, że dookreślono, iż z definicji tej wyłączono technologie stosowane w ramach procedury tzw. RDTL (ratunkowego dostępu do technologii lekowej);  26) uregulowania marży leków recepturowych;  27) wprowadzenia limitów cen leków recepturowych;  28) wprowadzenia procedury zmiany podmiotu – strony decyzji refundacyjnej umożliwiającej przeniesie wydanej decyzji na inny podmiot, który wszedł w prawa i obowiązki podmiotu dotychczasowego, na rzecz którego została wydana decyzja refundacyjna;  29) przepisów regulujących możliwość wystawiania zleceń na zaopatrzenie i naprawę wyrobów medycznych w formie uproszczonej;  30) ułatwienia procesu wystawiania tzw. recept 75+ oraz tzw. recept ciąża + oraz wyrobów medycznych;  31) uregulowania zasad potwierdzania odbioru wyrobu medycznego przez świadczeniobiorcę;  32) dofinansowania kosztów związanych ze szkoleniem specjalizacyjnym w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia;  33) uchylenia obowiązku sporządzania sprawozdania z działań określonych w ustawie z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, wobec bieżącego informowania o podejmowanych działaniach;  wprowadzenia zmian porządkujących i dostosowujących do obowiązującego systemu prawa. | Planowany termin przyjęcia projektu przez RM - IV kwartał 2021 r. | [Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw - Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów - BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (kprm.gov.pl)](https://archiwum.bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-rady-ministrow/prace-legislacyjne-rm-i/prace-legislacyjne-rady/wykaz-prac-legislacyjny/r155672,Projekt-ustawy-o-zmianie-ustawy-o-swiadczeniach-opieki-zdrowotnej-finansowanych-.html) |
| 20.12.2021 | Zarządzenie Ministra Zdrowia | Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania propozycji rozwiązań prawnych i organizacyjnych regulujących pracę studentów kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego w podmiotach wykonujących działalność leczniczą - „Praca dla studenta” | Do zadań Zespołu należy opracowanie rozwiązań prawnych i organizacyjnych regulujących pracę studentów kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, w tym w szczególności:  1) zasady udziału studentów w udzielaniu świadczeń zdrowotnych poza realizacją programu kształcenia na studiach i zakres tych świadczeń;  2) zasady udziału w innych czynnościach o charakterze techniczno-administracyjnym poza realizacją programu kształcenia na studiach i zakres tych czynności. | Wejście w życie 18 grudnia 2021 r. | [Zarządzenie z dnia 17 grudnia 2021 r. (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/98/akt.pdf) |
| 20.12.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego | Obecnie termin na dostosowanie zakładów i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego, wskazany w § 18 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. z 2018 r. poz. 496), do wymagań określonych w przedmiotowym akcie wykonawczy, jest określony do dnia 31 grudnia 2021 r. Zróżnicowany poziom standardu wyposażenia bazy zakładów i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego powoduje zagrożenie braku spełnienia przez przedsiębiorców uzdrowiskowych wymagań w terminie określonym ww. rozporządzeniem. | Wejście w życie 18 grudnia 2021 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000234401.pdf) |
| 20.12.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 grudnia 2021 r. w sprawie programu pilotażowego przeglądów lekowych | Celem pilotażu jest sprawdzenie skuteczności praktycznej przeglądów lekowych w warunkach świadczenia opieki farmaceutycznej oraz sprawdzenie ich wartości klinicznej, wpływu na system opieki zdrowotnej, a w konsekwencji wypracowanie optymalnego modelu, procedur oraz standardów tego elementu opieki farmaceutycznej jako świadczenia zdrowotnego. | Wejście w życie 31 grudnia 2021 r. | [ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 2 grudnia 2021 r. w sprawie programu pilotażowego przeglądów lekowych (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000234201.pdf) |
| 20.12.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego | Projekt rozporządzenia stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 38 ust. 7 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.  Ustawa z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 2401, z późn. zm.) zmieniła upoważnienie dla Ministra Zdrowia do wydania rozporządzenia, które regulować ma szczegółowy zakres informacji zawartych w zleceniu, wzór zlecenia na zaopatrzenie w postaci papierowej oraz wzór zlecenia naprawy w postaci papierowej, uwzględniając konieczność zapewnienia prawidłowego wystawiania zleceń oraz prawidłowej ich realizacji. Zgodnie z art. 30 ww. ustawy, dotychczas obowiązujące rozporządzenie ze wskazanej na wstępie podstawy [rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 sierpnia 2019 r. w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego (Dz. U. poz. 1555)], zachowuje moc do dnia wejścia w życie nowego rozporządzenia, jednak nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2021 r.  Celem zapewnienia możliwości wystawiania zleceń na wyroby medyczne oraz zleceń napraw w wersji papierowej po dniu 31 grudnia 2021 r. należy wydać przedmiotowe rozporządzenie.  Ponieważ nie istnieją alternatywne środki w stosunku do projektowanego rozporządzenia umożliwiające osiągnięcie zamierzonego celu wymagane jest wydanie rozporządzenia wraz ze wzorami zlecenia na wyroby i zlecenia naprawy w załącznikach do rozporządzenia. Projekt rozporządzenia powiela rozwiązania dotychczasowego rozporządzenia, o którym mowa w pkt 1 OSR. | Konsultacje społeczne do 21 grudnia 2021 r. ([dep-pl@mz.gov.pl](mailto:dep-pl@mz.gov.pl)) | [dokument535280.pdf (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12354556/12839663/12839664/dokument535280.pdf) |
| 17.12.2021 | Ustawa | Ustawa z dnia 2 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw | projekt dotyczy kompleksowego uzupełnienia przepisów w zakresie rozliczeń świadczeń przyznanych z Funduszu Gwarantowanych świadczeń Pracowniczych na rzecz ochrony miejsc pracy w ramach pomocy państwa w związku z epidemią COVID-19 | Wejście w życie 16 grudnia 2021 r. z wyjątkiem:  1) art. 1 pkt 4, pkt 14 lit. b, pkt 15 lit. a i b oraz pkt 16, które wchodzą w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia,  z mocą od dnia 30 czerwca 2021 r.;  2) art. 1 pkt 6–8, pkt 14 lit. a i c, pkt 15 lit. c i pkt 17, art. 4 oraz art. 9, które wchodzą w życie po upływie 14 dni od dnia  Ogłoszenia | [Ustawa z dnia 2 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000231701.pdf) |
| 17.12.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie kwalifikacji osób przeprowadzających badania kwalifikacyjne i szczepienia ochronne przeciwko COVID-19 | Badania kwalifikacyjne do szczepień przeciwko COVID-19 u dzieci poniżej 15 roku życia może przeprowadzić lekarz | Wejście w życie 15 grudnia 2021 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie kwalifikacji osób przeprowadzających badania kwalifikacyjne i szczepienia ochronne przeciwko COVID-19 (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000230601.pdf) |
| 17.12.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie metody zapobiegania COVID-19 | Możliwość szczepień przeciwko COVID-19 dzieci od 5 roku życia | Wejście w życie 15 grudnia 2021 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie metody zapobiegania COVID-19 (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000230501.pdf) |
| 17.12.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 201/2021/DSOZ PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 14.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 | Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 42/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 marca 2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 jest wykonaniem polecenia Ministra Zdrowia z 8 grudnia 2021 r., znak: ZPŚ.641.177.2021.JK (zmienionym poleceniem z dnia 13 grudnia 2021 r. ZPŚ.641.177.2021.JK.2) wydanego celem realizacji planowanych szczepień przeciw grypie w czasie trwania epidemii SARS-Cov-2.  Zmiana zarządzenia wynika ze zmiany założeń realizacji publicznych szczepień przeciw grypie. Podmioty znajdujące się na wykazie podmiotów udzielających świadczeń w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 prowadzonym przez Narodowy Fundusz Zdrowia otrzymają środki finansowe z przeznaczeniem na finansowanie wykonania szczepień ochronnych przeciw grypie w sezonie 2021/2022 u osób objętych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie metody zapobiegania grypie sezonowej w sezonie 2021/2022 (Dz. U. poz. 1581, z późn. zm.).  Na podstawie ustawy z dnia 17 listopada 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), od dnia 9 grudnia 2021 r. prawo do kwalifikacji i wykonania szczepienia przeciw grypie uzyskali lekarze dentyści, ratownicy medyczni, fizjoterapeuci, diagności laboratoryjni oraz farmaceuci, w związku z tym zwiększa się grono osób uprawnionych do przeprowadzenia kwalifikacji i wykonania przedmiotowych szczepień.  W niniejszym zarządzeniu wprowadzono nowy produkt rozliczeniowy: 99.03.0807 Szczepienie ochronne przeciwko grypie z wykorzystaniem szczepionki zakupionej samodzielnie przez podmiot. Wartość produktu wynosi 60,30 zł (składa się na nią: koszt wykonania świadczenia 17,21 zł oraz cena szczepionki 43,09 zł. Cena szczepionki została przyjęta na podstawie urzędowej ceny hurtowej brutto sprzedaży preparatu VaxigripTetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce (1 dawka), wskazanej w obwiązującym obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 października 2021 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 listopada 2021 r.) i obejmuje przeprowadzenie kwalifikacji do szczepienia wraz z wykonaniem szczepienia przez osoby uprawnione z użyciem szczepionki zakupionej samodzielnie przez podmiot.  W uwagach do produktów rozliczeniowych przeznaczonych rozliczaniu przedmiotowych szczepień dookreślono, że rozliczeniu podlegają wyłącznie szczepienia prawidłowo zarejestrowane w systemie CeZ z koniecznością wskazania źródła finansowania szczepionki w e-Karcie Szczepień: publiczne - szczepienie przeciwko grypie/COVID RARS bądź publiczne - szczepienie przeciwko grypie/NFZ - Karta Szczepień określona w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r. poz. 849) prowadzonej w postaci elektronicznej w systemie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2021 r. poz. 666 i 1292).  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania i ma zastosowanie do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnych udzielanych od dnia 14 grudnia 2021 r. | Przepisy zarządzenia mają zastosowanie do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 14 grudnia 2021 r.  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-2012021dsoz,7453.html) |
| 17.12.2021 | Ustawa | Projekt ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych | Projekt ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych ma na celu wprowadzenie do systemu prawnego przepisów regulujących w sposób kompleksowy wykonywanie zawodu ratownika medycznego, utworzenie ram prawnych dla działania samorządu ratowników medycznych oraz zasad odpowiedzialności zawodowej ratowników medycznych.  Z uwagi na brak w chwili obecnej elektronicznego rejestru ratowników medycznych nie ma możliwości precyzyjnego ustalenia liczby osób uprawnionych do wykonywania tego zawodu. Zgodnie z danymi przekazanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwanego dalej „NFZ”, liczba ratowników medycznych na dzień 1 kwietnia 2021 r. wynosiła 22 481 (liczba ta obejmuje ratowników zatrudnionych w ramach umów w rodzaju leczenie szpitalne, udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umów w rodzaju ratownictwo medyczne oraz wykonujących zawód w zespole ratownictwa medycznego u podwykonawcy). Powyższa liczba stanowi liczbę etatów lub równoważników etatów. W myśl art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o PRM”, ratownik medyczny może wykonywać zawód również w innych podmiotach, także poza systemem ochrony zdrowia. Zgodnie z danymi przekazanymi przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji (MSWiA) w Państwowej Straży Pożarnej zatrudnionych jest 900 ratowników medycznych. Z kolei w formacji: Policji – 451 ratowników medycznych, Służba Ochrony Państwa – 6 ratowników medycznych, Straż Graniczna – 35 ratowników medycznych. Natomiast zgodnie z danymi przekazanymi przez Ministra Obrony Narodowej, zwanego dalej „MON”, ratownicy medyczni wykonujący zadania zawodowe w podmiotach leczniczych będących jednostkami budżetowymi i jednostkami wojskowymi, dla których podmiotem tworzącym jest MON oraz w jednostkach podległych MON niebędących podmiotami leczniczymi wynosi ok. 2000 osób.  Ratownicy medyczni wykonują zawód również w innych podmiotach wskazanych w art. 11 ust. 3 ustawy o PRM. Dużą grupę stanowią osoby, które posiadają podwójne wykształcenie (np. pielęgniarki i ratownika medycznego) oraz takie, które nie podjęły bądź zaprzestały wykonywania zawodu ratownika medycznego. Wobec powyższego wydaje się zasadne oszacowanie całkowitej liczby ratowników medycznych, którzy będą mogli ubiegać się o prawo wykonywania zawodu na poziomie około 22 481 osób.  Jak wynika z danych przedstawionych powyżej ratownicy medyczni w większości są zatrudnieni w jednostkach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, zwanego dalej „systemem PRM”, w szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz zespołach ratownictwa medycznego. Wykonują oni pracę pod presją czasu, w warunkach zagrożenia życia i zdrowia ludzkiego. Znaczenie roli ratowników medycznych w sektorze ochrony zdrowia oraz ich wpływ na bezpieczeństwo pacjentów powinny się przy tym przekładać na dbałość państwa o zapewnienie odpowiednich kwalifikacji osób przystępujących do wykonywania tego zawodu, jak również ciągłe podnoszenie kwalifikacji osób już go wykonujących, stworzenie warunków reprezentacji interesów tego środowiska zawodowego, sprawowania nadzoru nad jakością wykonywania zawodu przez ratowników medycznych oraz prowadzenia rejestru osób wykonujących ten zawód.  Praktyka stosowania dotychczasowych regulacji dotyczących wykonywania zawodu ratownika medycznego, zawartych w ustawie o PRM doprowadziła do uznania, że dla rozwoju zawodu ratownika medycznego jest koniecznym stworzenie możliwości, jakie daje utworzenie samorządu zawodowego oraz zebranie w jednej ustawie przepisów o największym znaczeniu dla funkcjonowania tego zawodu, z uwagi na jego rolę w systemie ochrony zdrowia.  Ponadto projektowana ustawa zakłada możliwość kształcenia ratowników medycznych na studiach drugiego stopnia co pozwala na uzyskanie tytułu zawodowego magistra oraz wprowadzenie do porządku prawnego szkolenia specjalizacyjnego dla ratowników medycznych, a tym samym możliwości przystąpienia do egzaminu (PESoz) w celu uzyskania tytułu specjalisty.  Ponadto, projekt ustawy zakłada wprowadzenie do porządku prawnego uprawnienia dla ratowników medycznych do skorzystania z 6-dniowego płatnego urlopu szkoleniowego. Przyznanie takiego uprawnienia ratownikom medycznym wynika wprost z treści pkt 3 porozumienia zawartego w dniu 24 września 2018 r. przez Ministra Zdrowia z Komitetem Protestacyjnym Ratowników Medycznych oraz Sekcją Krajową Pogotowia Ratunkowego i Ratownictwa Medycznego NSZZ „Solidarność”. Realizacja postanowień przedmiotowego porozumienia podlega ocenie przez środowisko ratowników medycznych i stanowi warunek dla zachowania spokoju społecznego.  Projekt ustawy zawiera przepisy regulujące w sposób kompleksowy wykonywanie zawodu ratownika medycznego, w szczególności określa wymagane uprawnienia kwalifikacyjne, zasady uzyskiwania prawa wykonywania zawody ratownika medycznego, zasady wykonywania tego zawodu, organizacji kształcenia przed i podyplomowego oraz ponoszenia odpowiedzialności zawodowej, jak również utworzenia samorządu ratowników medycznych. Art. 17 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej stwarza możliwość utworzenia samorządu zawodowego reprezentującego osoby wykonujące zawód zaufania publicznego i sprawującego pieczę nad należytym wykonywaniem tego zawodu w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Dlatego też projektowana regulacja wprowadza do systemu prawnego przepisy powołujące samorząd zawodowy ratowników medycznych i regulujące jego organizację, tak jak to ma miejsce w przypadku innych zawodów medycznych jak: lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki, położne, farmaceuci, diagności laboratoryjni i fizjoterapeuci.  Zgodnie z przepisami projektu ustawy, do zadań samorządu zawodowego będzie należało między innymi:  1) sprawowanie pieczy nad należytym i sumiennym wykonywaniem zawodu ratownika medycznego;  2) ustanawianie zasad etyki zawodowej oraz dbanie o ich przestrzeganie;  3) przyznawanie prawa wykonywania zawodu oraz uznawanie kwalifikacji ratowników medycznych uzyskanych w państwach członkowskich na podstawie ustawy o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej z dnia 22 grudnia 2015 r. (Dz. U. z 2021 r. poz. 1646);  4) wydawanie zaświadczeń potwierdzających kwalifikacje zawodowe na podstawie art. 9 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej;  5) zawieszanie i pozbawianie prawa wykonywania zawodu oraz ograniczanie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu;  6) prowadzenie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej ratowników medycznych;  7) prowadzenie postępowania w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu ratownika medycznego;  8) reprezentowanie ratowników medycznych oraz ochrona ich interesów zawodowych;  9) działanie na rzecz stałego podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez ratowników medycznych;  10) udział w ustalaniu oraz aktualizacji standardów i wytycznych w ratownictwie medycznym;  11) edukacja zdrowotna i promocja zdrowia;  12) prowadzenie rejestru ratowników medycznych oraz rejestru ratowników medycznych tymczasowo i okazjonalnie wykonujących zawód;  13) nadzór nad doskonaleniem zawodowym ratowników medycznych;  14) współpracę z samorządami zawodów medycznych i innymi organizacjami reprezentującymi zawody medyczne w kraju i za granicą oraz organami państw członkowskich w zakresie spraw określonych w ustawie;  15) wykonywanie innych zadań określonych w odrębnych przepisach.  Samorząd zawodowy będzie zorganizowany w ramach struktury ogólnokrajowej w Krajowej Izbie Ratowników Medycznych, która będzie posiadała osobowość prawną oraz określone w ustawie organy. Przynależność do samorządu będzie obowiązkowa. Nadzór nad samorządem będzie sprawował minister właściwy do spraw zdrowia.  Projekt ustawy zawiera przepisy dotyczące kształcenia przeddyplomowego ratowników medycznych, które są zawarte w ustawie o PRM. Zgodnie z obowiązującymi przepisami, które zostały także przeniesione do ustawy o zawodzie ratownika medycznego i samorządzie ratowników medycznych prawo wykonywania zawodu ratownika medycznego będą posiadały osoby, na zasadzie praw nabytych, które ukończyły publiczną lub niepubliczną szkołę policealną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskały tytuł zawodowy ratownika medycznego lub ukończyły studia wyższe na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne i uzyskały tytuł zawodowy licencjata lub magistra na tym kierunku (specjalności) lub studia wyższe na kierunku studiów związanym z kształceniem w zakresie ratownictwa medycznego i uzyskały tytuł zawodowy licencjata.  Obecnie obowiązujące przepisy oraz projekt ustawy zakładają także, że osoby, które rozpoczęły po roku akademickim 2018/2019 studia wyższe przygotowujące do wykonywania zawodu ratownika medycznego, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 68 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478, z późn. zm.), i uzyskają tytuł zawodowy licencjata będą miały prawo wykonywania zawodu ratownika medycznego.  W celu zapewnienia ratownikom medycznym możliwości realizacji ustawicznego rozwoju zawodowego, w tym ustawowego obowiązku doskonalenia zawodowego, ustawa zapewnia im prawo do 6 dni płatnego urlopu szkoleniowego rocznie.  Projekt ustawy reguluje wymagania kompetencyjne i kwalifikacyjne do wykonywania czynności ratownika medycznego uregulowane obecnie w ustawie PRM i zobowiązuje organy ewidencyjne samorządu zawodowego do weryfikacji zgodności posiadanych kwalifikacji z wymaganiami kwalifikacyjnymi dla tego zawodu.  Projekt ustawy wprowadza również instytucję jawnego rejestru pozwalającego na identyfikację ratownika medycznego i określenie jego kwalifikacji. Wykonywanie zawodu ratownika medycznego będzie możliwe po uzyskaniu prawa wykonywania zawodu ratownika medycznego oraz uzyskaniu wpisu do rejestru ratowników medycznych. Prawo wykonywania zawodu będzie wydawała Krajowa Rada Ratowników Medycznych, będąca organem samorządu ratowników medycznych. Ważnym elementem projektu ustawy, wywierającym wpływ na bezpieczeństwo pacjenta jest stworzenie także możliwości skutecznego pociągnięcia do odpowiedzialności zawodowej osoby wykonującej zawód ratownika medycznego w przypadku nienależytego lub nierzetelnego przestrzegania obowiązku wykonywania czynności zawodowych zgodnie z określonymi w ustawie zasadami wykonywania zawodu ratownika medycznego oraz zasadami etyki zawodowej, do których określenia będzie uprawniony samorząd ratowników medycznych. Przewidywanym efektem wprowadzenia przedmiotowych rozwiązań będzie zintegrowanie środowiska zawodowego, samodzielność w określaniu potrzeb i dalszego rozwoju tego zawodu, efektywniejsza współpraca z tym środowiskiem zawodowym, sprawowanie pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu ratownika medycznego. W efekcie długofalowym projektowana regulacja ma się przełożyć na poprawę jakości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez ratowników medycznych, a co za tym bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów. Projekt ustawy określa, na takich samych zasadach jak obecnie, kształcenie przeddyplomowe przygotowujące do wykonywania zawodu ratownika medycznego. Natomiast kształcenie podyplomowe zostało uaktualnione i doprecyzowane. W obecnie obowiązujących regulacjach ratownik medyczny ma prawo i obowiązek pogłębiania i aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych, w tym przez uczestnictwo w kursie doskonalącym, celem aktualizacji posiadanego zasobu wiedzy oraz stałego dokształcania się w zakresie nowych osiągnięć. W projekcie ustawy przyjęto zasadę, że ratownik medyczny ma prawo do ustawicznego rozwoju zawodowego, w tym obowiązek doskonalenia zawodowego przez aktualizację wiedzy i umiejętności zawodowych. Ustawiczny rozwój zawodowy może być realizowany przez kształcenie podyplomowe lub doskonalenie zawodowe. Zaproponowane w projekcie rozwiązania dotyczące szkolenia specjalizacyjnego i uzyskiwania tytułu specjalisty w danej dziedzinie ochrony zdrowia są oparte na dotychczasowym systemie szkolenia specjalizacyjnego. Ponadto, projekt ustawy zakłada wprowadzenie kursów kwalifikacyjnych dla ratowników medycznych, dzięki którym nabędą oni dodatkowe kwalifikację niewynikające z kształcenie przeddyplomowego. |  | [dokument534609.docx (live.com)](https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Flegislacja.gov.pl%2Fdocs%2F%2F2%2F12354405%2F12838577%2F12838578%2Fdokument534609.docx&wdOrigin=BROWSELINK) |
| 17.12.2021 | Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Rady Ministrów zmieniającego rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii | W projekcie przewiduje się modyfikacje:  1) umożliwiające przekraczanie granicy Rzeczypospolitej Polskiej stanowiącej granicę zewnętrzną Unii Europejskiej bez konieczności posiadania negatywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 przez osoby:  a) reprezentujące szeroko pojęty sektor transportu międzynarodowego, co ma na celu przeciwdziałanie ewentualnemu wystąpieniu istotnych trudności (opóźnień) w realizacji usług międzynarodowego transportu towarów i osób, z uwagi na potencjalny brak wykonania przez pracowników transportu ww. testów diagnostycznych w kierunku SARS-CoV-2, w terminie określonym w § 2a; przepis ten wpłynie pozytywnie na funkcjonowanie transportu umożliwiając niezakłóconą realizację usług międzynarodowego transportu osób i towarów oraz zobowiązań międzynarodowych w tym obszarze,  b) które przystępują do egzaminu ósmoklasisty, egzaminu maturalnego, egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie lub egzaminu zawodowego, przeprowadzanych przez okręgowe komisje egzaminacyjne, oraz opiekunów tych osób, co jest uzasadnione z uwagi na planowane przeprowadzenie przez Okręgowe Komisje Egzaminacyjne egzaminów potwierdzających kwalifikacje w zawodzie a także egzaminu zawodowego w sesji zimowej, która rozpoczyna się 10 stycznia 2022 r.  c) dzieci, które nie ukończyły 5. roku życia;  2) umożliwiające wykonanie na lotnisku w terminie 3 godzin od momentu przekroczenia granicy, testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2, którego negatywny wynik stanowi przesłankę zwolnienia z obowiązku odbycia obowiązkowej kwarantanny dla osób przekraczających granicę Rzeczypospolitej Polskiej stanowiącą granicę zewnętrzną Unii Europejskiej, co ma zapewnić płynność ruchu pasażerów na terenie lotnisk, jak również możliwość wykonywania testów przez osoby, o których mowa w § 2a rozporządzenia zmienianego, w różnych miejscach (tj. w kraju, z którego rozpoczyna się podróż, na terenie lotniska przed odprawą graniczną albo na terenie lotniska po odprawie granicznej w terminie 3 godzin od momentu przekroczenia granicy) w celu zmniejszenia ryzyka tworzenia skupisk ludzkich;  3) zapewniające większą wewnętrzną spójność rozporządzenia polegające na doprecyzowaniu przepisu dotyczącego konieczności posiadania negatywnego wyniku testu w kierunku SAR-CoV-2 w sytuacji przekraczania granicy Rzeczypospolitej Polskiej stanowiącej granicę zewnętrzną Unii Europejskiej podczas podróży rozpoczętej z terytorium określonych krajów;  4) polegające na zmniejszenie limitu widzów lub słuchaczy (z 50% do 30% liczby miejsc), którzy są uprawnieni do korzystania z prowadzonej przez przedsiębiorców w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2021 r. poz. 162 i 2105) oraz przez inne podmioty działalności twórczej związanej z wszelkimi zbiorowymi formami kultury i rozrywki (ujętej w Polskiej Klasyfikacji Działalności w dziale 90.0) oraz działalności zespołów muzycznych;  5) umożliwiające wykonywanie działalności polegającej na prowadzeniu dyskotek, klubów nocnych i miejsc do tańczenia w dniu 31 grudnia br. i w dniu 1 stycznia 2022 r., przy zastrzeżeniu zachowania limitu osób mogących korzystać z tej działalności. | Planowany termin przyjęcia projektu przez RM -  IV kwartał 2021 r. | [Projekt rozporządzenia Rady Ministrów zmieniającego rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii - Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów - BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (kprm.gov.pl)](https://archiwum.bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-rady-ministrow/prace-legislacyjne-rm-i/prace-legislacyjne-rady/wykaz-prac-legislacyjny/r59022737180869,Projekt-rozporzadzenia-Rady-Ministrow-zmieniajacego-rozporzadzenie-w-sprawie-ust.html) |
| 14.12.2021 | Obwieszczenie Ministra Zdrowia | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2021 r. w sprawie minimalnej liczby miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych, maksymalnej kwoty dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego oraz maksymalnej kwoty przeznaczonej na szkolenia specjalizacyjne w 2022 r. | - minimalna liczba miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych rozpoczynających specjalizację w 2022 r. wynosi 2 525;  - maksymalna kwota dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego dla specjalizacji rozpoczynających się w 2022 r. wynosi 3 950 zł;  - maksymalna kwota przeznaczona na szkolenia specjalizacyjne w 2022 r. wynosi 10 000 000 zł. |  | [Obwieszczenie z dnia 13 grudnia 2021 r. (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/97/akt.pdf) |
| 13.12.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” | Stan zagrożenia epidemicznego, a następnie stan epidemii powodujący liczne zakażenia wirusem SARS-CoV-2, w tym związana z nim zmiana stylu życia, wpłynęły przede wszystkim na ograniczenie aktywności fizycznej oraz wzrost natężenia stresu, potęgując przy tym ryzyko zachorowania na najczęstsze choroby tzw. cywilizacyjne, takie jak choroby układu krążenia czy choroby metaboliczne. Dlatego też mając na uwadze konsekwencje jakie niesie obecna sytuacja epidemiczna zasadne jest wydłużenie etapu realizacji programu pilotażowego, który pozwoli na powszechne objęcie świadczeniobiorców od 40. roku życia profilaktyczną diagnostyką laboratoryjną w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych.  Wprowadzenie zmian w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” (Dz. U. poz. 1081), wynika z konieczności:  1) wydłużenia etapu realizacji o kolejne 6 miesięcy, tj. do dnia 30 czerwca 2022 r.;  2) wydłużenia etapu ewaluacji programu pilotażowego, trwającego 3 miesiące od dnia zakończenia etapu realizacji programu pilotażowego. Termin, w którym Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „NFZ”, dokonuje oceny wyników programu pilotażowego wydłużono do dnia 30 września 2022 r.;  3) dodania w załączniku nr 1 do rozporządzenia „Wykaz świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach programu pilotażowego, szczegółowe kryteria kwalifikacji świadczeniobiorców oraz warunki organizacji i realizacji programu pilotażowego, w tym dotyczące personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną” w kolumnie „Warunki organizacji i realizacji programu pilotażowego” do obecnego personelu medycznego oprócz lekarza, felczera, pielęgniarki także położną, diagnostę laboratoryjny lub ratownika medycznego. | Wejście w życie 11 grudnia 2021 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000227801.pdf) |
| 13.12.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 2021 r. w sprawie apteczek okrętowych i apteczek medycznych oraz wzoru karty zdrowia dla marynarza na statku morskim | W związku z art. 79 ustawy z dnia 11 września 2019 r. o pracy na statkach rybackich (Dz. U. poz. 2197) zaistniała konieczność ponownego określenia wymogów w sprawie apteczek okrętowych i apteczek medycznych na statkach morskich oraz wzoru karty zdrowia dla marynarza na statku morskim, a tym samym wydania nowego rozporządzenia na podstawie art. 72 ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o pracy na morzu (Dz. U. z 2020 r. poz. 1353, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o pracy na morzu”, w miejsce dotychczasowego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 2015 r. w sprawie apteczek okrętowych i apteczek medycznych oraz wzoru karty zdrowia dla marynarza na statku morskim (Dz. U. poz. 2106).  Projekt rozporządzenia określa wymagania dotyczące wyposażenia apteczek okrętowych w odpowiednie rodzaje i ilości produktów leczniczych, wyrobów medycznych i odtrutek oraz ich ewidencjonowania, a także wymagania dotyczące wyposażenia środków ratunkowych w apteczki medyczne, odpowiednie rodzaje i ilości produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz ich ewidencjonowania.  W stosunku do dotychczasowego rozporządzenia w projekcie rozporządzenia usunięto odniesienia do statków rybackich z uwagi na fakt, że ustawa o pracy na morzu – po wejściu w życie ustawy z dnia 11 września 2019 r. o pracy na statkach rybackich – reguluje kwestie pracy wyłącznie na statkach handlowych.  Natomiast art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. o pracy na statkach rybackich wskazuje, że do wyposażenia apteczki okrętowej, jej przechowywania, kontrolowania, wymiany oraz ewidencjonowania jej zawartości stosuje się odpowiednio przepisy o pracy na morzy. Zatem przedmiotowy projekt zastosowanie będzie miał również do statków rybackich.  Projekt zakłada konieczność wdrożenia przepisów dyrektywy Komisji (UE) 2019/1834 z dnia 24 października 2019 r. zmieniającej załączniki II i IV do dyrektywy Rady 92/29/EWG w odniesieniu do nowych wymagań dotyczących wyposażenia apteczek okrętowych w odpowiednie produkty lecznicze i wyroby medyczne, według grup wskazań terapeutycznych w odniesieniu do określonych rodzajów statków oraz odpowiednie rodzaje odtrutek, w jakie wyposaża się apteczki okrętowe wynikających ww. dyrektywy.  W projekcie rozporządzenia określono także wzór ewidencji produktów leczniczych, wyrobów medycznych i odtrutek (załącznik nr 4 do rozporządzenia). | Wejście w życie 24 grudnia 2021 r. | [ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 10 grudnia 2021 r. w sprawie apteczek okrętowych i apteczek medycznych oraz wzoru karty zdrowia dla marynarza na statku morskim (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000227501.pdf) |
| 13.12.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | Projekt zarządzenia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką | Niniejszy projekt zmiany zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, stanowi wykonanie upoważnienia zamieszczonego w art. 146 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz.1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”. Zgodnie z ww. upoważnieniem Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia został zobowiązany do określenia przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.  Zmiany w zarządzeniu polegają na wprowadzeniu nowych rozwiązań w zakresie finansowania fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej. Wprowadzone zmiany są zgodne z opracowaniem Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Powyższa zmiana nadała nowe brzmienie załącznikowi nr 1m i 1n do zarządzenia.  Nowe rozwiązania w fizjoterapii ambulatoryjnej polegają na zmianie produktów rozliczeniowych, które zostały pogrupowane i nadano im nowe warunki rozliczenia. Zmieniono również sposób rozliczania fizjoterapii domowej poprzez wyszczególnienie dwóch produktów rozliczeniowych, których identyfikacja i zastosowanie wynika z czasu poświęconego pacjentowi stanowiącego podstawę do rozliczenia.  Ponadto dokonano wzrostu wartości punktowej o 76% dla wizyty fizjoterapeutycznej w warunkach ambulatoryjnych i o 96% dla wizyty fizjoterapeutycznej w warunkach domowych. Adekwatnie do zmieniającego się stanu epidemii zwiększeniu o 24% uległa również wizyta fizjoterapeutyczna z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych. W związku z powyższym nadano nowe brzmienie załącznikowi nr 1n do zarządzenia.  Skutek finansowy dla ww. zmian będzie powodował wzrost wydatków po stronie publicznego płatnika w wysokości około 213 mln zł.  Powyższe zmiany wpisują się w kluczowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia cele określone w Strategii na lata 2019-2023 jak: (cel 2) Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz (cel 5) Poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej.  Zarządzenie zostało przedstawione do konsultacji zewnętrznych na okres 14 dni. Zarządzenie zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.), zostało przedstawione do konsultacji Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Rady Fizjoterapeutów oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców. Zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach zarządzenie przedstawione zostało również do opinii konsultantom krajowym we właściwych dziedzinach medycyny.  Zgodnie z § 2 i 3 niniejszego zarządzenia nowe przepisy będą stosowane do rozliczania świadczeń od dnia 1 stycznia 2022 r., a ich wejście w życie nastąpi po dniu podpisania zarządzenia. | Uwagi i opinie do 24 grudnia 2021 r. ([rehabilitacja.dsoz@nfz.gov.pl](mailto:rehabilitacja.dsoz@nfz.gov.pl)) | [Projekty zarządzeń / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/projekty-zarzadzen/projekt-zarzadzenia-rehabilitacja-programy-zdrowotne-leczenie-dzieci-i-doroslych-ze-spiaczka,6765.html) |
| 13.12.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 199/2021/DSOZ  PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 10.12.2021 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin | Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin ma na celu wdrożenie programu pilotażowego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin, zwanego dalej „programem pilotażowym”.  Celem programu pilotażowego jest poprawa jakości i efektywności leczenia, poprzez praktyczne sprawdzenie sposobu organizacji opieki nad pacjentami problemowo korzystającymi z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin, w tym zapewnienie dedykowanych świadczeń zdrowotnych tej grupie świadczeniobiorców. Program pilotażowy stanowi odpowiedź na zaistniałą potrzebę zdrowotną, związaną z zagrożeniem wynikającym z częstego korzystania przez dzieci i młodzież z mediów cyfrowych za pośrednictwem narzędzi takich jak komputery, smartfony, tablety czy inne urządzenia elektroniczne, potęgowaną na skutek epidemii SARS-CoV-2.  Z uwagi na obecny brak poradni dedykowanych oddziaływaniom terapeutycznym skierowanym do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin, konieczne jest przeprowadzenie programu pilotażowego aby umożliwić przetestowanie sposobu organizacji opieki dla tej grupy świadczeniobiorców.  Program pilotażowy realizowany będzie w latach 2021-2023 w 10 ośrodkach na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Szacunkowo, rocznie program obejmie wsparciem 5000 osób, w tym dzieci i młodzież problemowo korzystającą z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodziny. Ze świadczeń podmiotów realizujących program pilotażowy skorzystać będą mogły dzieci przed rozpoczęciem realizacji obowiązku szkolnego, dzieci i młodzież objęci obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcący się w szkołach ponadpodstawowych do ich ukończenia należący do dwóch grup: osoby z rozpoznaniem F63.8 Inne zaburzenia nawyków i popędów, zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 oraz w oparciu o kod ICD-10 Z03 lub Z03 z rozszerzeniami w przypadku dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych nie wymagających konsultacji psychiatrycznej oraz ich rodzin.  Realizacja programu pilotażowego zostanie sfinansowana w 2021 r. ze środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, będących w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia. W kolejnych latach realizacji programu pilotażowego zostanie sfinansowany ze środków NFZ z rezerwy ogólnej i dokonania ewentualnych przesunięć w ramach planu finansowego z pozycji opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, bez konieczności uruchamiania funduszu zapasowego NFZ. Zgodnie z oszacowaniem przeprowadzonym na podstawie liczby planowanych świadczeń do udzielenia miesięcznie przez podmioty biorące udział w programie pilotażowym, środki potrzebne do realizacji ww. programu pilotażowego w latach 2021-2023 wyniosą łącznie 10 000 000,00 zł.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 11 grudnia 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1992021dsoz,7452.html) |
| 13.12.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 198/2021/DSOZ  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 10.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień | Zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 7/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 stycznia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenia uzależnień, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego wynikającego z art. 146 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1285, z późn. zm.).  Zmiana wprowadzona w przepisie § 18 ust. 1 pkt 4a zarządzenia polega na zmianie w treści regulacji miejsca liczby wizyt środowiskowych z procentowym ich wykonaniem w stosunku do wymaganej liczby świadczeń do wykonania w ramach ryczałtu miesięcznego w zakresie ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny, zwanego dalej „ośrodkiem”. Powyższe ma na celu wyeliminowanie wątpliwości dotyczących obniżania wymaganej liczby świadczeń do realizacji w ramach ryczałtu miesięcznego, w przypadku udzielenia większej liczby świadczeń środowiskowych, niż jest to wymagane przepisami prawa.  Niniejszym zarządzeniem wprowadza się także zmianę zasady dotyczącej zwrotu przez Świadczeniodawcę do Funduszu środków finansowych wynikających z różnicy przekazanych przez Fundusz środków w ramach ryczałtu miesięcznego a środkami wynikającymi z liczby zrealizowanych świadczeń.  Uchyla się możliwość obligatoryjnego rozłożenia na raty ww. należności, wprowadzając zasady wynikające z art. 28 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.). W związku z powyższą zmianą rezygnuje się z regulacji dotyczących ewaluacji ryczałtu miesięcznego. Jednocześnie w zakresie § 18 ust. 1 pkt 5 zdanie drugie reguluje się sposób rozliczania każdego miesiąca rozliczanego okresu rozliczeniowego.  W związku z dotychczasowym sposobem realizacji świadczeń środowiskowych w zakresie ośrodka, modyfikuje się przepis §18 ust. 1 pkt 17 przez wykreślenie z treści przepisu wyjątku od niestosowania tego przepisu w stosunku do ww. świadczeń, przy czym przepisu nie stosuje się do świadczeń środowiskowych udzielonych pacjentom/rodzinie w środowisku domowym.  W załączniku nr 1 - Katalog zakresów świadczeń do zarządzenia, zmieniono sposób rozliczania dodatkowego kosztu związanego z leczeniem świadczeniobiorcy, w tym dzieci młodzieży, z potwierdzonym zakażaniem wirusem SARS-CoV-2. Ze względu na specyfikę systemu informatycznego Narodowego Funduszu Zdrowia wprowadzono wartość punktową świadczenia, która pozwoli na sprawozdanie i rozliczenie leczenia pacjenta z potwierdzonym zakażeniem wirusem. W związku z powyższym oraz z faktem, iż przedmiotowe produkty do stosowania zostały wprowadzone od 1 lipca 2021 r., wprowadza się możliwość ich rozliczenia według nowych taryf od daty początku ich wprowadzenia.  Dodatkowo w przepisie § 1 pkt 4 niniejszego zarządzenia wprowadzono nowe brzmienie załącznika nr 2 do zarządzenia, stanowiącego wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Przedmiotowa zmiana ma charakter porządkujący, w związku z czym nie została skierowania do publicznych konsultacji.  Zarządzenie, zgodnie z § 3, wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.  Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2020 r. poz. 320, z późn. zm.), został przedstawiony do konsultacji zewnętrznych.  W ramach konsultacji opinię wyraziło 11 podmiotów, w tym 10 z nich zgłosiło uwagi do projektu zarządzenia. W ramach zgłoszonych uwag wnioskowano m.in. o wprowadzenie możliwości rozłożenia na raty zaległości wynikającej z realizacji świadczeń w zakresie ośrodka, zaliczenie świadczeń zrealizowanych w ośrodkach młodzieżowych do wskaźnika świadczeń środowiskowych, możliwość rozliczania produktów sprawozdawczych leczenia pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 od 1 lipca 2021 r. czy obniżenie procentu wymaganych świadczeń środowiskowych (domowych). Ponadto podniesiono aby zmniejszyć liczbę wymaganych świadczeń w ramach ryczałtu miesięcznego, uzupełnić uzasadnienie w zakresie dokonania zmiany przepisu dotyczącego rozliczania świadczeń środowiskowych (domowych), a także doprecyzować sposób zwrotu środków finansowych wynikających z różnicy przekazanych środków finansowych, a środkami finansowymi wynikającymi z liczby wykonanych świadczeń.  Zgłoszone uwagi zostały uwzględnione w części dotyczącej terminu obowiązywania produktów sprawozdawczych leczenia pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 oraz uzupełnienia uzasadnienia. Doprecyzowano także sposób zwrotu przez świadczeniodawcę środków finansowych w ramach rozliczania ryczałtu miesięcznego. | Wejście w życie 11 grudnia 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1982021dsoz,7451.html) |
| 13.12.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE NR 196/2021/DSOZ  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 10.12.2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna | Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.  Konieczność wydania zarządzenia, którego materia dotychczas była uregulowana w zarządzeniu Nr 74/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 lipca 2018 r. wynika w szczególności z dostosowania przepisów zarządzenia do obecnie obowiązującego stanu prawnego.  W projektowanym zarządzeniu uszczegółowiono przepis dotyczący wykonania pierwszej wizyty lub porady w dniu objęcia pacjenta opieką przez hospicjum domowe. Przedmiotowa regulacja pozwoli na finansowanie świadczenia od pierwszej wykonanej wizyty w domu chorego.  Kolejna zmiana dotyczy sposobu realizacji wizyt pielęgniarki w hospicjum domowym. Celem poprawy jakości sprawowanej opieki, wizyty pielęgniarki powinny odbywać się co 3 dni w tygodniu kalendarzowym, z wyłączeniem sytuacji w których stan zdrowia pacjenta wymaga częstszych wizyt. Obecnie możliwe jest wykonywanie wszystkich wymaganych tygodniowych wizyt w ciągu dwóch dni następujących po sobie, w związku z czym czas oczekiwania na następną wizytę może wynieść nawet 5 dni. Proponowane uszczegółowienie przepisów będzie miało wpływ na poprawę jakości opieki paliatywnej i hospicyjnej.  Wprowadzone zmiany wpisują się w realizację celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 8 stycznia 2022 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1962021dsoz,7450.html) |
| 10.12.2021 | Komunikat Ministra Zdrowia | Komunikat Ministra Zdrowia w sprawie ordynowania i wydawania produktu leczniczego Viregyt K |  |  | <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-ministra-zdrowia-w-sprawie-ordynowania-i-wydawania-produktu-leczniczego-viregyt-k2> |
| 10.12.2021 | Informacja | Informacja o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego w 2019 r. i 2020 r. w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 |  | Skierowano do rozpatrzenia do Komisji Zdrowia | [1830.pdf (sejm.gov.pl)](https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/5DEB3740B85DFCB4C12587A5005AF8A6/%24File/1830.pdf) |
| 10.12.2021 | Zarządzenie Ministra Zdrowia | Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie powołania Zespołu do spraw kontynuacji reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego | Zmiana składu osobowego Zespołu | Wejście w życie 10 grudnia 2021 r. | [Zarządzenie z dnia 8 grudnia 2021 r. (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/95/akt.pdf) |
| 09.12.2021 | Obwieszczenie Ministra Zdrowia | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2021 r. w sprawie ograniczenia w ordynowaniu i wydawaniu produktów leczniczych na jednego pacjenta | Ograniczenie wydawania produktu leczniczego Viregyt-K na jednego pacjenta | wejście w życie od 10 grudnia 2021 r. | [Obwieszczenie (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/94/akt.pdf) |
| 09.12.2021 | Ustawa | Projekt ustawy o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw | Projekt ustawy o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw zmierza do stworzenia podstaw dla pracodawcy do wprowadzenia i przeprowadzania – gdy jest to niezbędne dla ochrony określonych dóbr – prewencyjnej kontroli pracowników na obecność alkoholu lub środków działających podobnie do alkoholu w ich organizmach.  Projektowana regulacja ma na celu również rozwiązanie problemu wynikającego z braku podstaw prawnych do przeprowadzania przez uprawniony organ powołany do ochrony porządku publicznego badań pracowników na obecność tzw. narkotyków w ich organizmach. W chwili obecnej w polskim porządku prawnym nie ma bowiem przepisów, które określałyby procedurę takiego badania, na żądanie pracodawcy lub samego pracownika. Powyższe jest konsekwencją również braku wyraźnej podstawy prawnej do niedopuszczenia przez pracodawcę do wykonywania pracy przez pracownika, wobec którego zachodzi uzasadnione podejrzenie, że znajduje się w stanie po użyciu takich środków lub zażywał je w czasie pracy.  Projekt niniejszej ustawy służy także realizacji postulatów dotyczących wprowadzenia pracy zdalnej jako rozwiązania stałego, tj. w ramach ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1320 oraz z 2021 r. poz. 1162), zwanej dalej „Kodeksem pracy”. W związku z epidemią COVID-19 rozpowszechniło się bowiem wykonywanie pracy w formie pracy zdalnej, która jest obecnie stosowana na podstawie art. 3 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1842, z późn. zm.). Regulacja ta obowiązuje jednak tymczasowo, w związku z wystąpieniem epidemii i może być stosowana tylko przez okres obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, ogłoszonego z powodu COVID-19, oraz przez okres 3 miesięcy po ich odwołaniu. Liczne postulaty w zakresie umożliwienia stronom stosunku pracy stosowania tej formy wykonywania pracy także po odwołaniu stanu epidemii ogłoszonego z powodu COVID-19 na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej pochodziły zarówno od pracowników, jak i od organizacji pracodawców, które dostrzegły zalety tej formy wykonywania pracy. W związku z tym niezbędne okazało się podjęcie działań legislacyjnych w tym zakresie.  Należy dodać, iż obowiązujące przepisy Kodeksu pracy przewidują możliwość świadczenia pracy poza zakładem pracy w formie telepracy, jednak w sposób mniej elastyczny niż przywołana regulacja dotycząca pracy zdalnej. Obowiązująca przesłanka regularności wykonywania pracy w formie telepracy, z uwagi na jej nieostrość, budziła zawsze wiele wątpliwości interpretacyjnych. Ponadto, jak pokazała praktyka, wymóg regularności stanowił istotne ograniczenie dla upowszechnienia się tej formy wykonywania pracy i jej użyteczności, przez eliminację możliwości wykonywania telepracy w sposób nieregularny. Skutkiem tego było wykształcenie się nieuregulowanej prawnie choć funkcjonującej z powodzeniem w praktyce tzw. pracy incydentalnej (home office), polegającej na świadczeniu przez pracownika pracy poza zakładem pracy w sposób okazjonalny. W konsekwencji w projekcie zaproponowano, aby nowe regulacje dotyczące pracy zdalnej zastąpiły obecne przepisy Kodeksu pracy dotyczące telepracy. Niektóre rozwiązania prawne normujące telepracę zostały przejęte do nowych kodeksowych przepisów o pracy zdalnej. Projektodawca uznał bowiem za zasadne pozostawienie regulacji, które mają już ugruntowaną praktykę w przypadku stosowania ich przy telepracy, także partnerzy społeczni uznali obecne przepisy o telepracy za właściwą bazę do stworzenia nowych rozwiązań w zakresie pracy zdalnej.  Projekt – w zakresie wprowadzenia kontroli trzeźwości oraz kontroli na obecność środków działających podobnie do alkoholu – przewiduje zmiany Kodeksu pracy polegające w szczególności na:  1) określeniu podstaw prawnych umożliwiających pracodawcy wprowadzenie – gdy jest to niezbędne dla ochrony określonych dóbr – prewencyjnych kontroli trzeźwości pracowników lub kontroli na obecność środków działających podobnie do alkoholu w ich organizmach, a także określeniu zasad przeprowadzania takich kontroli;  2) w zakresie obowiązku pracodawcy niedopuszczenia pracownika do wykonywania pracy:  − utrzymaniu regulacji obecnie obowiązującej w przypadku uzasadnionego podejrzenia, że pracownik stawił się do pracy w stanie po użyciu alkoholu lub spożywał alkohol w czasie pracy,  − wprowadzeniu regulacji nakładającej na pracodawcę taki obowiązek w przypadku uzasadnionego podejrzenia, że pracownik stawił się do pracy w stanie po użyciu środka działającego podobnie do alkoholu lub zażywał taki środek w czasie pracy,  − wprowadzeniu regulacji nakładającej na pracodawcę taki obowiązek w przypadku, gdy prewencyjna kontrola trzeźwości wykaże obecność alkoholu w organizmie pracownika lub prewencyjna kontrola na obecność środka działającego podobnie do alkoholu, wykaże obecność takiego środka w organizmie pracownika;  3) określeniu podstaw do przeprowadzania badania w celu ustalenia obecności alkoholu, wskazującej na stan po użyciu alkoholu albo stan nietrzeźwości, lub środka działającego podobnie do alkoholu w organizmie pracownika przez uprawniony organ powołany do ochrony porządku publicznego;  4) wprowadzeniu możliwości odpowiedniego zastosowania wskazanych powyżej rozwiązań do pracodawców organizujących pracę wykonywaną przez osoby fizyczne na innej podstawie niż stosunek pracy oraz osoby prowadzące na własny rachunek działalność gospodarczą;  5) uzupełnieniu katalogu przesłanek uzasadniających nałożenie na pracownika kary upomnienia, kary nagany lub kary pieniężnej o przypadki stawienia się do pracy w stanie po użyciu alkoholu lub środka działającego podobnie do alkoholu lub zażywanie takiego środka w czasie pracy.  Projekt zawiera także zmianę ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. 2021 r. poz. 1119), polegającą na uchyleniu art. 17. W obecnym brzmieniu przepis ten w szczególności zobowiązuje kierownika zakładu pracy lub osobę przez niego upoważnioną do niedopuszczenia do pracy pracownika, jeżeli zachodzi uzasadnione podejrzenie, że stawił się on do pracy w stanie po użyciu alkoholu lub spożywał alkohol w czasie pracy. Stanowi również podstawę do żądania przez pracodawcę lub pracownika, o którym mowa powyżej, przeprowadzenia badania stanu trzeźwości przez uprawniony organ powołany do ochrony porządku publicznego. Zmiana ta polega na przeniesieniu zawartej w tym artykule regulacji na grunt Kodeksu pracy, celem kompleksowego uregulowania tej problematyki w jednym akcie prawnym. W związku z powyższym, proponuje się zmianę przepisu upoważniającego zawartego art. 47 ust. 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.  Ponadto, z uwagi na uchylenie art. 17 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz szczegółowe uregulowanie kwestii związanych z niedopuszczeniem do wykonywania pracy pracowników, wobec których zachodzi podejrzenie, że znajdują się w stanie po użyciu środków działających podobnie do alkoholu, proponuje się uchylenie art. 118 § 6 ustawy z dnia z dnia 28 stycznia 2016 r. – Prawo o prokuraturze (Dz. U. z 2021 r. poz. 66 i 1236).  W efekcie ww. proponowanych zmian oczekuje się minimalizacji liczby przypadków, w których pracownik wykonywałby powierzone mu przez pracodawcę zadania znajdując się w stanie po użyciu substancji, czy środków negatywnie wpływających na jego sprawność psychofizyczną. Powyższe powinno zatem wpłynąć pozytywnie na bezpieczeństwo pracowników, innych osób, a także ochronę mienia.  Natomiast w zakresie dotyczącym wprowadzenia pracy zdalnej na stałe do Kodeksu pracy najważniejsze regulacje przewidziane w projekcie ustawy polegają na:  1) wprowadzeniu definicji pracy zdalnej, zgodnie z którą pracą zdalną będzie praca polegająca na wykonywaniu pracy całkowicie lub częściowo w miejscu wskazanym przez pracownika i każdorazowo uzgodnionym z pracodawcą, w tym pod adresem zamieszkania pracownika, w szczególności z wykorzystaniem środków bezpośredniego porozumiewania się na odległość;  2) przyjęciu, że praca zdalna będzie mogła być uzgodniona przy zawieraniu umowy o pracę albo już w trakcie zatrudnienia (w tym drugim przypadku do zmiany umowy o pracę – w zakresie miejsca wykonywania pracy – nie będzie wymagana forma pisemna);  3) umożliwieniu polecenia przez pracodawcę w szczególnych przypadkach (tj. w okresie obowiązywania stanu nadzwyczajnego, stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii oraz w okresie 3 miesięcy po ich odwołaniu, lub w okresie, w którym z powodu siły wyższej zapewnienie przez pracodawcę bezpiecznych i higienicznych warunków pracy w dotychczasowym miejscu pracy pracownika nie jest czasowo możliwe) – wykonywania pracy zdalnej przez pracownika, przy zastrzeżeniu złożenia przez pracownika bezpośrednio przed wydaniem polecenia oświadczenia o posiadaniu warunków lokalowych i technicznych do wykonywania pracy w tej formie;  4) uregulowaniu obowiązku określania zasad wykonywania pracy zdalnej w:  − porozumieniu zawieranym między pracodawcą i zakładową organizacją związkową (zakładowymi organizacjami zawodowymi),  − regulaminie ustalonym przez pracodawcę – jeżeli nie dojdzie do zawarcia porozumienia z zakładową organizacją związkową (zakładowymi organizacjami zawodowymi) oraz w przypadku, gdy u pracodawcy nie działa żadna zakładowa organizacja związkowa (w tym przypadku regulamin byłby ustalany po konsultacji z przedstawicielami pracowników);  5) umożliwieniu wykonywania pracy zdalnej na wniosek pracownika także w przypadku, gdy nie zostało zawarte porozumienie albo regulamin, o których mowa w pkt 4, określające zasady wykonywania pracy zdalnej;  6) wprowadzeniu możliwości wiążącego wycofania się z pracy zdalnej przez pracodawcę lub pracownika;  7) uregulowaniu obowiązków pracodawcy wobec pracownika wykonującego pracę zdalną (m.in. zapewnienia pracownikowi materiałów i narzędzi pracy, w tym urządzeń technicznych, niezbędnych do wykonywania pracy zdalnej, pokrycia kosztów związanych z pracą zdalną) oraz przyznania stronom uprawnienia do ustalenia zasad wykorzystywania przez pracownika prywatnych narzędzi pracy i materiałów w pracy zdalnej;  8) unormowanie prawa kontroli pracownika przez pracodawcę w miejscu wykonywania pracy zdalnej;  9) ustanowieniu zakazu dyskryminacji pracownika wykonującego pracę zdalną;  10) zagwarantowaniu pracownikowi wykonującemu pracę zdalną prawa do przebywania na terenie zakładu pracy na zasadach przyjętych dla ogółu pracowników;  11) wprowadzeniu szczególnych zasad w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy;  12) wyodrębnieniu okazjonalnej pracy zdalnej, do której z uwagi na jej szczególny charakter, nie będą stosowane niektóre przepisy dotyczące pracy zdalnej;  13) umożliwieniu pracownikowi przekazywania wszystkich wniosków, dla których przepisy Kodeksu pracy lub innych ustaw lub aktów wykonawczych, określających prawa i obowiązki z zakresu prawa pracy przewidują formę pisemną, w postaci papierowej lub elektronicznej.  Projektowane w tym zakresie regulacje zastąpią przepisy Kodeksu pracy dotyczące telepracy, które zostaną uchylone. Niektóre rozwiązania prawne normujące telepracę zostaną przejęte do nowych kodeksowych przepisów o pracy zdalnej.  Projekt zawiera także zmiany w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573 i 1981), polegające na:  1) objęciu kosztów ponoszonych przez pracodawcę, a związanych z zatrudnieniem i sposobem wykonywania pracy przez pracownika, wsparciem przewidzianym w systemie rehabilitacji zawodowej i zatrudniania osób niepełnosprawnych. Regulacja ta ułatwi pracodawcom podjęcie decyzji o zatrudnieniu w ramach pracy zdalnej lub o działaniach prozatrudnieniowych na rzecz osób o szczególnych schorzeniach lub wyższych stopniach niepełnosprawności (dodanie po art. 2 ww. ustawy art. 21, zgodnie z którym dla celów określonych w ustawie ekwiwalent pieniężny lub ryczałt przysługujący pracownikowi wykonującemu pracę zdalną, wlicza się do wynagrodzenia brutto, o którym mowa w art. 2 pkt 4a ww. ustawy),  2) zmianie redakcyjnej polegającej na zastąpieniu w art. 4 w ust. 5 pkt 2 sformułowania „zatrudnienia w formie telepracy” brzmieniem: „wykonywania pracy zdalnej”, z uwagi na uchylenie w Kodeksie pracy przepisów dotyczących telepracy;  3) zwolnieniu pracodawcy z obowiązku dodatkowego zapewnienia doraźnej opieki medycznej pod adresem zamieszkania lub pobytu osoby niepełnosprawnej wykonującej tam pracę nakładczą lub zdalną – w wymiarze nieprzekraczającym łącznie 10 dni roboczych w miesiącu, a w przypadku pracownika lub wykonawcy pracy nakładczej zatrudnionego w niepełnym wymiarze czasu pracy – w wymiarze proporcjonalnym do wymiaru czasu pracy (zmiany w art. 28 ww. ustawy) Głównym celem zmiany jest ograniczenie kosztów, które musiałby ponosić pracodawca w związku z zawieraniem dodatkowych umów z podmiotami świadczącymi usługi w zakresie opieki doraźnej w pobliżu np. adresu zamieszkania lub pobytu pracowników i wykonawców, co mogłyby zniechęcać ich do tych form zatrudnienia. Dotyczyć to będzie sytuacji, w których praca nakładcza lub zdalna są wykonywane w tych warunkach okazjonalnie lub przez część miesiąca.  Dodatkowo projekt zawiera zmianę redakcyjną art. 60a ust. 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. 2021 r. poz. 1100, 1162 i 1621), polegającą na zastąpieniu obowiązującego odesłania do „pracy w formie telepracy w rozumieniu art. 675 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy”, sformułowaniem „pracy zdalnej w rozumieniu art. 6718 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.”.  Z uwagi na fakt, iż praca zdalna wprowadzona do Kodeksu pracy ma zastąpić obowiązujące regulacje dotyczące pracy zdalnej, projektowana ustawa zawiera także zmianę polegającą na uchyleniu art. 3 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. 2020 r. poz. 1842, z późn. zm).  W efekcie proponowanych zmian oczekuje się uelastycznienia możliwości wykonywania pracy poza zakładem pracy oraz rozpowszechnienia wykonywania pracy w formie pracy zdalnej, także po odwołaniu obowiązującego stanu epidemii. | Planowany termin przyjęcia projektu przez RM - IV kwartał 2021 r. | [Projekt ustawy o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw - Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów - BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (kprm.gov.pl)](https://archiwum.bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-rady-ministrow/prace-legislacyjne-rm-i/prace-legislacyjne-rady/wykaz-prac-legislacyjny/r9977501555379,Projekt-ustawy-o-zmianie-ustawy-Kodeks-pracy-oraz-niektorych-innych-ustaw.html) |
| 07.12.2021 | Ustawa | Poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych | Dotyczy wyłączenia osób posiadających unijne cyfrowe zaświadczenie COVID z ograniczeń wprowadzanych na podstawie rozporządzenia ministra Zdrowia, w szczególności w przedsiębiorstwach, szkołach, zakładach opieki zdrowotnej, żłobkach, instytucjach pomocy społecznej oraz wprowadzenia obowiązku szczepień przeciw COVID-19 i uregulowania tej procedury | Skierowano projekt do opinii Biura Legislacyjnego Kancelarii Sejmu oraz Biura Analiz Sejmowych | [9-020-741-2021.pdf (sejm.gov.pl)](http://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/Projekty/9-020-741-2021/$file/9-020-741-2021.pdf) |
| 07.12.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe | Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy  z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn zm.).  Przedmiotowa regulacja dotychczas określona była w zarządzeniu Nr 166/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe (z późn. zm.), która zgodnie z § 19 zarządzenia, z dniem wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia, utraci moc obowiązującą. Opracowanie zarządzenia ma na celu ujednolicenie przepisów oraz zachowanie ich przejrzystości, a tym samym ułatwienie interesariuszom ich stosowania.  Zmiany dokonane w niniejszym zarządzeniu obejmują:  1. dostosowanie § 4 – Warunki finansowania świadczeń oraz § 6 – Kary umowne załącznika nr 2 do zarządzenia stanowiącego wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe do przepisów § 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.).  2. w zakresie załącznika nr 1k do zarządzenia dodano produkt rozliczeniowy 5.53.01.0001649 - Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z możliwością jego rozliczenia w ramach stacjonarnej rehabilitacji kardiologicznej.  Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320 z późn. zm.), zostanie poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 14 dni. W ramach konsultacji projekt zostanie przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.  Skutek finansowy dla wprowadzanych niniejszym zarządzeniem zmian nie jest możliwy do oszacowania.  Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2022 r. | Opinie i uwagi do 20 grudnia 2021 r. ([szpital.dsoz@nfz.gov.pl](mailto:szpital.dsoz@nfz.gov.pl)) | [Projekty zarządzeń / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/projekty-zarzadzen/projekt-zarzadzenia-leczenie-szpitalne-swiadczenia-kompleksowe-kos-zawal,6757.html) |
| 07.12.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne | Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.  Przedmiotowa regulacja określona była dotychczas w zarządzeniu Nr 55/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.), która zgodnie z § 31 zarządzenia, z dniem wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia, utraci moc obowiązującą. Opracowanie zarządzenia ma na celu ujednolicenie przepisów oraz zachowanie ich przejrzystości, a tym samym ułatwienie interesariuszom ich stosowania.  Zmiany dokonane w niniejszym zarządzeniu obejmują:  1) jednolicie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2021 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2022 r., dokonano zmian wartości wysokości opłat w 2022 r. Zgodnie z wynikami analizy wysokości kosztów ponoszonych przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi w związku z pobieraniem krwi i jej składników oraz preparatyką, przechowywaniem i ich wydawaniem, w odniesieniu do uzyskiwanych przychodów z tego tytułu, uległy zmianie wartości dwóch produktów rozliczeniowych (5.53.01.0001515 Przetoczenie ubogoleukocytarnego koncentratu krwinek płytkowych z aferezy – 1000 zł oraz 5.53.01.0001523 Filtrowanie jednostki krwi lub jej składników – 77 zł). Ponadto, zgodnie z § 8 ust. 2 ww. rozporządzenia stworzono produkt rozliczeniowy: 5.53.01.0001543 Podział donacji osocza otrzymanego metodą aferezy o wartości 45 zł. Zmiana, wynikająca z ww. rozporządzenia, podyktowana jest koniecznością doprecyzowania i rozwiania wątpliwości interpretacyjnych związanych z podziałem donacji.  2) w zakresie załącznika nr 1b do zarządzenia (Katalog produktów odrębnych) utworzono nowe produkty rozliczeniowe: 5.52.01.0001564  Pobyt do podania leku w leczeniu orbitopatii tarczycowej (obejmuje dożylną sterydoterapię wraz z wykonaniem rutynowych badań laboratoryjnych monitorujących terapię, przy rozliczeniu konieczne wykazanie rozpoznania ICD-10: E05.0, E06.3, H06.2) oraz 5.52.01.0001565 Pobyt do wykonania upustu krwi w przebiegu chorób krwi i narządów krwiotwórczych (konieczne wskazanie procedury 38.99); na zasadach określonych w § 26 pkt 13 zarządzenia (w uzasadnionych medycznie przypadkach umożliwiono wykazanie do rozliczenia pomimo nieprzekroczenia 14 dniowego okresu między ich udzieleniem podczas odrębnych pobytów pacjenta w szpitalu);  3) zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem obejmują również modyfikację załącznika nr 1b i 1c w zakresie produktów rozliczeniowych dedykowanych pobraniom narządowym. Zmiany te związane są z koniecznością dostosowania przepisów zarządzenia Prezesa Funduszu z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2014 r., poz. 469 z późn. zm.). W związku z tym, w załącznikach utworzone zostały odpowiednie produkty rozliczeniowe wraz z wartościami wynikającymi z ww. rozporządzenia;  4) zmiany w obrębie załączników 2a, 2b i 2c, stanowiących wzory umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne / leczenie szpitalne - teleradioterapia / brachyterapia / terapia izotopowa / terapia protonowa nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku/ leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne wynikają z konieczności ich dostosowania do przepisów § 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.);  5) modyfikacje w zakresie załącznika nr 1ts do zarządzenia mają charakter porządkujący (zmiany wynikające ze zmian z załącznika nr 1b);  6) świadczeniodawcom, w przypadku udzielania świadczeń świadczeniobiorcom poniżej 18 r. ż., którzy zrealizowali JGP: PZB02 Zabiegi z wykonaniem witrektomii <18 r. ż, PZB03 Średnie zabiegi na oczodole i aparacie łzowym < 18 r.ż. oraz PZB05 Duże zabiegi na rogówce i twardówce <18 r.ż., określone w załączniku nr 3d do zarządzenia, a w roku poprzedzającym rok, w którym stosowany jest współczynnik korygujący, ich udział w realizacji poszczególnych JGP na rzecz świadczeniobiorców poniżej 18 r.ż. przekroczył 10% wszystkich zrealizowanych na rzecz tych świadczeniobiorców odpowiednich JGP, umożliwiono korygowanie wartości produktu rozliczeniowego z katalogu grup o współczynnik o wartości 1,2 (załącznik nr 3d do zarządzenia);  7) realizując wnioski pokontrolne Najwyższej Izby Kontroli pt. Realizacja świadczeń zdrowotnych w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego, w celu zminimalizowania skutków epidemii COVID-19, które wpłynęły na zmniejszenie liczby wykonanych zabiegów endoprotezoplastyki i przesunięcie ich w czasie umożliwiono świadczeniodawcom korygowanie wartości produktu rozliczeniowego z katalogu grup z zastosowaniem współczynników na podstawie realizacji świadczeń udzielonych w roku 2019 albo 2021;  8) mając na względzie szczególne uwarunkowania zastosowania trybu indywidualnego rozliczania świadczeń, którego celem jest umożliwienie świadczeniodawcom rozliczenia świadczeń niestandardowych oraz w związku ze wzrostem liczby składanych przez świadczeniodawców wniosków na rozliczenie hospitalizacji w trybie indywidualnego rozliczania świadczeń za zgodą płatnika: 5.52.01.0001363 Rozliczenie za zgodą płatnika, dokonano analizy kosztów świadczeń zdrowotnych. Efektem prac są zmiany wprowadzone w §25 zarządzenia. Zmianie uległy wartości wyjściowe hospitalizacji kosztochłonnych z 15 000 zł do 25 000 zł oraz z 20 000 zł do 30 000 zł. W przypadku wystąpienia konieczności wykonania dodatkowej procedury medycznej w ramach hospitalizacji określonej w katalogu operacji wad serca i aorty piersiowej lub świadczenia wysokospecjalistycznego jej wartość wzrosła z 10 000 zł do 11 315 zł;  9) zmiany w charakterystyce JGP (załącznik nr 9 do zarządzenia) obejmują:  a) B31 Duże rekonstrukcje na aparacie ochronnym oka - w związku z wynikami opracowania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr WT.5403.40.2021 z dnia 5 listopada 2021 r. w sprawie oszacowania kosztów operacji opadania powiek umożliwiono rozliczanie procedury 08.34 Operacja opadania powiek - operacja mięśnia dźwigacza u pacjentów poniżej 18 roku życia w ramach grupy B31 Duże rekonstrukcje na aparacie ochronnym oka (w grupie B31 został utworzony dodatkowy warunek: wskazanie procedury 08.34 Operacja opadania powiek - operacja mięśnia dźwigacza oraz wiek < 18 r.ż.);  b) C14 Średnie zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani - procedurę 27.499 Wycięcie w zakresie jamy ustnej przeniesiono do grupy C15 Małe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani (z listy procedur C14 została usunięto procedura: 27.499 Wycięcie w zakresie jamy ustnej – inne pozostawiono);  c) C15 Małe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani - do listy procedur C15 dodano procedurę 27.499 Wycięcie w zakresie jamy ustnej – inne (procedura przeniesiona z grupy C14)  d) C31 Kompleksowe zabiegi uszu - w grupie C31 Kompleksowe zabiegi uszu w przypadku realizacji procedur: 18.31 Radykalne wycięcie zmiany ucha zewnętrznego i 20.51 Wycięcie zmiany ucha środkowego poza dotychczasowym warunkiem związanym ze wskazaniem procedury wykonania badania histopatologicznego (Y90) należy dodatkowo sprawozdać jedno z wybranych rozpoznań wg. ICD 10: C30.1 Nowotwór złośliwy (ucho środkowe), C43.2 Czerniak złośliwy ucha i przewodu słuchowego zewnętrznego, C44.2 Nowotwór złośliwy (skóra ucha i przewodu słuchowego zewnętrznego), C49.0 Nowotwór złośliwy (tkanka łączna i inne tkanki miękkie głowy, twarzy i szyi)  e) D18, D47, D48 - w obszarze chorób związanych z zapaleniem płuc zrezygnowano z dotychczasowego podziału grup ze względu na możliwość wystąpienia powikłań lub chorób współistniejących bądź ich brak. Grupa D47 Zapalenie płuc z powikłaniami i chorobami współistniejącymi została usunięta, z kolei z nazwy grupy D48 Zapalenie płuc bez powikłań i chorób współistniejących została usunięta część informująca, że grupa dotyczy hospitalizacji bez powikłań i chorób współistniejących. Z nazwy grupy D18 Zapalenie płuc nietypowe, wirusowe usunięto słowo „wirusowe”, a rozpoznania wg ICD10 o nieuszczegółowionej diagnozie zostały przeniesione do grupy D48 Zapalenie płuc. Do grupy D48 Zapalenie płuc zostały dodane rozpoznania o nieuszczegółowionej diagnozie (rozpoznania o nieuszczegółowionej diagnozie wg ICD 10 przeniesione z grupy D18 Zapalenie płuc nietypowe);  f) F58E Choroby zapalne jelit > 65 r.ż., F58F Choroby zapalne jelit < 66r.ż. - dla grup F58E Choroby zapalne jelit > 65 r.ż. oraz F58F Choroby zapalne jelit < 66r.ż. zostały dodane warunki wykonania dodatkowych procedur medycznych wg ICD 9;  g) H22 Artroskopia lecznicza - w grupie H22 Artroskopia lecznicza umożliwiono realizację procedur: 83.881 Plastyka ścięgna i mięśnia, 83.882 Ufiksowanie ścięgna, 83.883 Tenodeza - inna niż ręki oraz 83.884 Plastyka ścięgna;  h) P04 Choroby dolnych dróg oddechowych, P30 Infekcje wirusowe określone- umożliwione zostało rozliczanie hospitalizacji pacjentów leczonych z powodu COVID- 19 w oddziałach pediatrycznych. W grupie P04 Choroby dolnych dróg oddechowych oraz P30 Infekcje wirusowe określone do listy rozpoznań dodano rozpoznanie o kodzie: U07.1 COVID-19  i) Q22 Zakrzepowe zapalenie żył - leczenie operacyjne - z charakterystyki JGP została usunięta grupa Q22 Zakrzepowe zapalenie żył - leczenie operacyjne. Procedury, które dotychczas były rozliczane w ramach tej grupy są nadal możliwe do rozliczenia w grupie Q23 Operacje żylaków z safenektomią oraz w grupie Q24 Operacje żylaków bez safenektomii.  Wprowadzenie zmian wynikających z przedmiotowego zarządzenia będzie wiązało się z alokacją środków przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej w wysokości 80 535 198 zł.  Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320 z późn. zm.), zostanie poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 14 dni. W ramach konsultacji projekt zostanie przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2022 r. | Opinie i uwagi do 20 grudnia 2021 r. ([dsoz@nfz.gov.pl](mailto:dsoz@nfz.gov.pl)) | [Projekty zarządzeń / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/projekty-zarzadzen/projekt-zarzadzenia-leczenie-szpitalne-swiadczenia-wysokospecjalistyczne,6760.html) |
| 07.12.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych | Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.).  Przedmiotowa regulacja dotychczas określona była w zarządzeniu Nr 70/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15.04.2021 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych, która zgodnie z § 22 zarządzenia, z dniem wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia, utraci moc obowiązującą. Opracowanie zarządzenia ma w szczególności na celu ujednolicenie przepisów oraz zachowanie ich przejrzystości, a tym samym ułatwienie interesariuszom ich stosowania.  Zmiany wprowadzone w niniejszym zarządzeniu obejmują:  1. w celu zachowania spójności przepisów dokonano zmiany brzmienia § 4 ust. 1, polegającej na wskazaniu wszystkich katalogów obejmujących produkty jednostkowe dedykowane do rozliczenia onkologicznych świadczeń kompleksowych w umowie PSZ w zakresie Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś) oraz Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG);  2. w załączniku nr 1on (katalog onkologicznych świadczeń kompleksowych), na zasadzie symetryzacji z przepisami zarządzenia Nr 55/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.), zarządzenia Nr 182/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (z późn. zm.) i zarządzenia Nr 195/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką (z późn.zm.) wprowadzono:  1) produkty rozliczeniowe:  - 5.52.01.0001511 Badanie genetyczne materiału archiwalnego;  - 5.52.01.0001423 Wytworzenie stałego dostępu naczyniowego z wytworzeniem tunelu podskórnego przeznaczonego do użytku długoterminowego z hospitalizacją;  - 5.52.01.0001566 Usunięcie stałego dostępu naczyniowego z wytworzonym tunelem podskórnym przeznaczonego do użytku długoterminowego z hospitalizacją;  - 5.30.00.0000002 W02 Świadczenie receptowe;  oraz  2) możliwość sumowania produktu 5.11.02.9200001 ROKO Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorca z nowotworem piersi w warunkach stacjonarnych z produktem 5.53.01.0001649 Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z załącznika 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne.  Pozostałe zmiany wprowadzone w zarządzeniu mają charakter porządkowy.  Skutek finansowy dla wprowadzanych niniejszym zarządzeniem zmian w chwili obecnej nie jest możliwy do oszacowania.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.  Zarządzenie wchodzi w życie od dnia 1 stycznia 2022 r. | Opinie i uwagi do 20 grudnia 2021 r. ([szpital.dsoz@nfz.gov.pl](mailto:szpital.dsoz@nfz.gov.pl)) | [Projekty zarządzeń / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/projekty-zarzadzen/projekt-zarzadzenia-umowy-o-udzielanie-onkologicznych-swiadczen-kompleksowych,6761.html) |
| 06.12.2021 | Zarządzenie Ministra Zdrowia | Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 grudnia 2021 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania propozycji zmian w standardach kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza oraz lekarza dentysty | Zadaniem Zespołu jest opracowanie propozycji nowelizacji rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz. U. z 2021 r. poz. 755) w zakresie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza oraz lekarza dentysty, w tym w szczególności:  1) przeglądu oraz zaproponowania zmian do aktualnego zestawu efektów kształcenia pod kątem możliwości ograniczenia efektów kształcenia przewidzianych w ramach grup zajęć A i B,  2) uzupełnienia efektów kształcenia w zakresie kompetencji komunikacyjnych w celu implementacji rekomendacji wypracowanych w ramach prac Zespołu powołanego na podstawie zarządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 14 września 2020 r. w sprawie powołania Zespołu doradczego do spraw zmiany standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza (Dz. Urz. MNiSW poz. 45) zmienionego zarządzeniem Ministra Edukacji i Nauki z dnia 4 grudnia 2020 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie powołania Zespołu doradczego do spraw zmiany standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza (Dz. Urz. MEiN poz. 17),  3) wprowadzenia zmian niezbędnych do zwiększenia liczby godzin praktycznych kształcenia począwszy od  4. roku studiów na kierunku lekarskim i 3. roku studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym  – z uwzględnieniem wymagań zawartych w dyrektywie 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. Urz. UE L 255 z 30.09.2005, str. 22, z późn. zm.) | Wejście w życie 4 grudnia 2021 r. | [Zarządzenie z dnia 3 grudnia 2021 r. (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/93/akt.pdf) |
| 06.12.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 grudnia 2021 r. w sprawie kursu reedukacyjnego w zakresie problematyki przeciwalkoholowej i przeciwdziałania narkomanii oraz szczegółowych warunków i trybu kierowania na badania lekarskie lub badania psychologiczne w zakresie psychologii transportu | Projektowane rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kursu reedukacyjnego w zakresie problematyki przeciwalkoholowej i przeciwdziałania narkomanii oraz szczegółowych warunków i trybu kierowania na badania lekarskie lub badania psychologiczne w zakresie psychologii transportu jest wydawane na podstawie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami.  Konieczność jego wydania wynika ze zmiany upoważnienia zawartego w art. 4 pkt 36 lit. b ustawy z dnia 14 października 2021 r. o zmianie ustawy o transporcie drogowym oraz niektórych innych ustaw dotyczącego art. 105 ust. 5 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami.  Projektowane rozporządzenie zawiera jedynie zmianę odesłań do ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami w zakresie art. 105 w ust. 5 w pkt 1 i 2 dotycząca zastąpienia wyrazów „art. 99 ust. 1 pkt 5” wyrazami „art. 98a ust. 1 pkt 2” oraz rezygnacji z wydawania decyzji przez właściwego starostę o skierowaniu osoby na badanie psychologiczne przeprowadzane w celu ustalenia istnienia lub braku przeciwwskazań psychologicznych do kierowania pojazdem, gdyż z dniem 5 grudnia 2021 r. starosta będzie wysyłać jedynie informację o obowiązku poddania się odpowiednio badaniom lekarskim, badaniom psychologicznym lub o obowiązku ukończenia odpowiednich kursów reedukacyjnych, zgodnie z art. 98a ust. 3 dodanym ustawą z dnia 14 października 2021 r. (Dz. U. poz. 1997).  Pozostała cześć projektowanego rozporządzenia w stosunku do poprzedniego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2012 r. w sprawie kursu reedukacyjnego w zakresie problematyki przeciwalkoholowej i przeciwdziałania narkomanii oraz szczegółowych warunków i trybu kierowania na badania lekarskie lub badania psychologiczne w zakresie psychologii transportu (Dz. U. z 2019 r. poz. 140 i 2111) nie uległa zmianie. | Wejście w życie 5 grudnia 2021 r. | [ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 3 grudnia 2021 r. w sprawie kursu reedukacyjnego w zakresie problematyki przeciwalkoholowej i przeciwdziałania narkomanii oraz szczegółowych warunków i trybu kierowania na badania lekarskie lub badania psychologiczne w zakresie psychologii transportu (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000224201.pdf) |
| 06.12.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie Krajowego Rejestru Pacjentów z COVID-19 | Rejestr tworzy się do dnia 31 grudnia 2022 r. | Wejście w życie 4 grudnia 2021 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie Krajowego Rejestru Pacjentów z COVID-19 (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000224001.pdf) |
| 06.12.2021 | Obwieszczenie Ministra Zdrowia | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 5 listopada 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie orzekania o potrzebie udzielenia nauczycielowi urlopu dla poratowania zdrowia | Ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 stycznia 2018 r. w sprawie orzekania o potrzebie udzielenia nauczycielowi urlopu dla poratowania zdrowia (Dz. U. poz. 190) |  | [OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 5 listopada 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie orzekania o potrzebie udzielenia nauczycielowi urlopu dla poratowania zdrowia (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000223801.pdf) |
| 06.12.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie składu oraz oznakowania suplementów diety | Projektowane rozporządzenie ma na celu wykonanie postanowień rozporządzenia Komisji (UE) 2021/418 z dnia 9 marca 2021 r. zmieniającego dyrektywę 2002/46/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w odniesieniu do chlorku rybozydu nikotynamidu i cytrynianu jabłczanu magnezu stosowanych w produkcji suplementów żywnościowych oraz w odniesieniu do jednostek miar stosowanych do miedzi (Dz. Urz. UE L 83 z 10.03.2021, str. 1), zwanego dalej „rozporządzeniem nr 2021/418”, w zakresie zmiany dyrektywy.  Nowelizacja obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2007 r. w sprawie składu oraz oznakowania suplementów diety (Dz. U. z 2018 r. poz. 1951), które wdraża już dyrektywę Komisji 2002/46/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 10 czerwca 2002 r. w sprawie zbliżenia ustawodawstw Państw Członkowskich odnoszących się do suplementów żywnościowych (Dz. Urz. WE L 183 z 12.07.2002, str. 51, z późn. zm.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 13, t. 29, str. 490) w zakresie rozszerzenia wykazu form chemicznych składników mineralnych, które mogą być stosowane w produkcji suplementów diety o chlorek rybozydu nikotynamidu i cytrynian jabłczan magnezu. | Wejście w życie 17 grudnia 2021 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie składu oraz oznakowania suplementów diety (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000223601.pdf) |
| 06.12.2021 | Obwieszczenie Ministra Zdrowia | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy | Ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 lipca 2012  r. w sprawie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 1117) |  | [OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 3 listopada 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000223501.pdf) |
| 06.12.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki | Projektowane rozporządzenie stanowi realizację upoważnienia zawartego w art. 97 ust. 5 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 1977 i 2021). Potrzeba zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki (Dz. U. poz. 1395, z późn. zm.) wynika z faktu, iż w dniu 17 listopada 2021 r. została uchwalona ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2120), w której w art. 3 pkt 2 zmieniono art. 19 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2021 r. poz. 2069) w ten sposób, że dodano w nim ust. 5a i 5b. W art. 19 ust. 5a przewidziano możliwość dokonywania kwalifikacji osób dorosłych do zaszczepienia przeciwko grypie m.in. przez farmaceutów. Natomiast w art. 19 ust. 5b przewidziano możliwość wykonywania przez farmaceutów szczepienia przeciwko grypie u osoby dorosłej.  Rekomendowanym rozwiązaniem jest wydanie rozporządzenia, które dostosuje rozporządzenie do tak przedstawiającego się nowego stanu prawnego i tym samym określenie w nim szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki ogólnodostępnej w zakresie nowych zadań apteki, jakim będą szczepienia przeciw grypie. Oczekiwanym efektem będzie osiągnięcie pozytywnego wpływu na sytuację rodziny, obywateli oraz gospodarstwa domowe, a także na osoby niepełnosprawne poprzez zwiększenie dostępności do szczepień przeciw grypie, co również powinno znaleźć przełożenie na usprawnienie i przyspieszenie tego procesu poprzez niezawężanie możliwości szczepień jedynie przez podmioty wykonujące działalność leczniczą przy jednoczesnym – dzięki projektowanym zmianom – zapewnieniu bezpieczeństwa pacjentów oraz lekom przechowywanym i sporządzanym w aptece. | Konsultacje społeczne do 6 grudnia 2021 r. ([dep-pl@mz.gov.pl](mailto:dep-pl@mz.gov.pl)) | [dokument532713.pdf (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12354054/12834654/12834655/dokument532713.pdf) |
| 03.12.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 72/2021/DGL PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 21.04.2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia | Tekst ujednolicony zawiera zmiany wprowadzone zarządzeniem Nr 91/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 maja 2021 r., zarządzeniem Nr 133/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 lipca 2021 r., zarządzeniem Nr 171/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 października 2021 r. oraz zarządzeniem Nr 180/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 listopada 2021 r. |  | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-722021dgl-tekst-ujednolicony,7449.html) |
| 02.12.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 193/2021/DSOZ PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 01.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 | Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 42/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 marca 2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 dokonuje aktualizacji wycen niektórych produktów rozliczeniowych ujętych w załączniku do niniejszego zarządzenia.  Zmiana wycen dotyczy:  1) transportu sanitarnego, wykonywanego w związku z przeciwdziałaniem COVID- 19. Od 1 grudnia 2021 r. wysokość stawek wynosi:  a) opłata ryczałtowa za gotowość do transportu sanitarnego realizowanego przez 1 osobę - 1 434 zł,  b) opłata ryczałtowa za gotowość do transportu sanitarnego realizowanego przez zespół co najmniej dwuosobowy - 2 373 zł,  c) opłata za transport sanitarny realizowany przez 1 osobę - 191 zł,  d) opłata za transport sanitarny realizowany przez zespół co najmniej dwuosobowy - 324 zł.  2) finansowania szpitali tymczasowych. Od 1 listopada 2021 r. ich finansowanie odbywa się z wykorzystaniem nowopowstałych produktów rozliczeniowych:  a) 99.01.0022 Opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń w szpitalu tymczasowym - 1667, 79 zł,  b) 99.03.0016 Hospitalizacja związana z leczeniem COVID-19 w szpitalu tymczasowym - 2 428 zł.  Nowe zasady rozliczeniowe opierają się na dwóch podstawowych produktach rozliczeniowych za gotowość (za dostępne moduły) i za hospitalizacje z pobytem dobowym pacjenta, przyjmując założenie uruchomienia od razu 2 modułów 28 - łóżkowych z wymaganą liczbą personelu medycznego. Powstanie kolejnego modułu uzależnione jest od zajętości liczby łóżek.  W przypadku świadczeń udzielanych w szpitalu tymczasowym – pozostawanie w dyspozycji obsady kadrowej oraz wolnych łóżek, z zachowaniem zasady, że w przypadku produktu rozliczeniowego 99.01.0022 opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń jest naliczana za moduł obejmujący nie więcej niż 56 łóżek, a gdy co najmniej 48 z tych łóżek jest już zajętych to opłata ryczałtowa jest naliczana za moduł kolejnych nie więcej niż 28 łóżek, o ile tyle jest dostępnych. Natomiast w przypadku spadku obłożenia liczby łóżek w uruchomionych modułach ich finansowanie odbywa się jeszcze przez 14 dni gotowości, pod warunkiem zapewnienia pełnej wymaganej obsady kadrowej. Przejęcie takiego rozwiązania spełnia założenia analizy dokonanej przez Agencje Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, z której wynika, że szacowany miesięczny koszt funkcjonowania 28 – łóżkowego modułu szpitala tymczasowego, przy założeniu efektywnego 85% obłożenia, tj. zajętych 24 łóżkach szacuje się na 1,8 mln zł  Dodatkowo, w zarządzeniu zmieniono wartość produktu rozliczeniowego: 99.04.0001 Hospitalizacja związana z leczeniem COVID-19 w OAiIT na 1,16 zł.  Dla produktu rozliczeniowego: 99.03.0014 Świadczenia dializoterapii w trakcie hospitalizacji związanej z leczeniem COVID-19 dopuszczono możliwość wykazywania przy sprawozdawaniu produktu: 99.03.0016 Hospitalizacja związana z leczeniem  COVID-19 pacjenta, w tym wymagającego wentylacji mechanicznej, w szpitalu tymczasowym oraz 99.03.0008 Hospitalizacja związana z leczeniem COVID-19 pacjenta wymagającego wentylacji mechanicznej poza OAiIT.  Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 grudnia 2021 r., z wyjątkiem § 1:  1) pkt 1 - w zakresie dotyczącym § 2 ust. 1 pkt 8 lit. c,  2) pkt 2 - w zakresie lp. 33 i 34 załącznika do niniejszego zarządzenia,  - które stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 listopada 2021 r.  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania. | Wejście w życie 2 grudnia 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1932021dsoz,7448.html) |
| 01.11.2021 | Obwieszczenie Ministra Zdrowia | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu znajomości języka polskiego w mowie i piśmie, niezbędnej do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, oraz egzaminu ze znajomości języka polskiego, niezbędnej do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty | Ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst  rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 czerwca 2009 r. w sprawie zakresu znajomości języka polskiego w mowie i piśmie, niezbędnej do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, oraz egzaminu ze znajomości języka polskiego, niezbędnej do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty (Dz. U. poz. 908), z uwzględnieniem zmiany wprowadzonej rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie zakresu znajomości języka polskiego w mowie i piśmie, niezbędnej do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, oraz egzaminu ze znajomości języka polskiego, niezbędnej do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty (Dz. U. poz. 2076). |  | [Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu znajomości języka polskiego w mowie i piśmie, niezbędnej do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, oraz egzaminu ze znajomości języka polskiego, niezbędnej do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000218101.pdf) |
| 30.11.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej | Wątpliwości co do stosowania przepisów § 2 ust. 2, § 15, § 20-22 i § 32 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.) do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna. Od dnia 1 października 2021 r., zgodnie z ustawą z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1050), rozpoczęto wdrażanie opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej. Zmiany są wprowadzane stopniowo, zarówno w warunkach organizacyjnych realizacji umów jak i w zasadach ich finasowania określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”. Obowiązujący od dnia 1 października 2021 r. przepis art. 159 ust. 2b ustawy wprowadził możliwość wyodrębnienia w umowach zawieranych ze świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, dodatkowych środków przeznaczonych na zapewnienie:  1) koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą z uwzględnieniem innych zakresów świadczeń, o których mowa w art. 15 ust. 2, oraz osoby, o której mowa w art. 14 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. podstawowej opiece zdrowotnej (budżet powierzony);  2) profilaktycznej opieki zdrowotnej (opłata zadaniowa);  3) oczekiwanego efektu zdrowotnego i jakości opieki (dodatek motywacyjny).  Proponuje się doprecyzowanie przepisu § 33a ust. 1 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez dodanie do niego wyrazów „umów zawieranych ze świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej”. | Wejście w życie 30 listopada 2021 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000217501.pdf) |
| 29.11.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 190/2021/DGL PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 26.11.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe | Zarządzenie stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, na mocy którego Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zobowiązany jest do określenia przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe.  Postanowieniami zarządzenia wprowadza się zmiany w zarządzeniu Nr 162/2020/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 października 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe, dostosowujące do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 21 października 2021 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 listopada 2021 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 82), wydanego na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 523).  Projektowane zmiany wpisują się w kluczowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia cele określone w Strategii na lata 2019-2023 jak: (cel 2) poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz (cel 5) poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej.  Najważniejsze zmiany dotyczą:  1) brzmienia § 9 pkt 4, § 10 pkt 2 oraz § 18 zarządzenia w związku z dodaniem do obwieszczenia refundacyjnego programu lekowego: „Leczenie raka kolczystokomórkowego skóry” oraz koniecznością kwalifikacji pacjentów do terapii przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorych na Raka Kolczystokomórkowego Skóry;  2) załącznika nr 1k do zarządzenia, określającego Katalog świadczeń i zakresów i polegają na:  a) dodaniu kodu zakresów:  - 03.0000.421.02 „Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona”,  - 03.0000.424.02 „Leczenie chorych z ciężką postacią atopowego zapalenia skóry”,  - 03.0000.425.02 „Leczenie chorych na zaawansowanego raka kolczystokomórkowego skóry cemiplimabem”,  - 03.0000.426.02 „Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek”,  - 03.0000.427.02 „Leczenie dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną”,  b) zmianie nazwy kodu zakresu 03.0000.403.02 z „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem lub wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem” na „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem”,  - w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  3) załącznika nr 1l do zarządzenia, określającego Katalog ryczałtów za diagnostykę i polegają na:  a) dodaniu kodów świadczeń:  - 5.08.08.0000162 „Diagnostyka w programie leczenia amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona – 1 rok terapii”,  - 5.08.08.0000163 „Diagnostyka w programie leczenia amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona – 2 i kolejny rok terapii”,  - 5.08.08.0000164 „Diagnostyka w programie leczenia chorych z ciężką postacią atopowego zapalenia skóry”,  - 5.08.08.0000165 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na zaawansowanego raka kolczystokomórkowego skóry cemiplimabem”,  - 5.08.08.0000166 „Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek”,  - 5.08.08.0000167 „Diagnostyka w programie leczenia dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną”,  - 5.08.08.0000168 „Diagnostyka w programie leczenia dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną – 2 i kolejny rok terapii”,  b) zmianie nazwy świadczenia o kodzie 5.08.08.0000127 z „Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem lub wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem – 1 rok terapii” na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem – 1 rok terapii”,  c) zmianie nazwy świadczenia o kodzie 5.08.08.0000128 z „Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem lub wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem – 2 i kolejny rok terapii” na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem – 2 i kolejny rok terapii”,  - w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  4) załącznika nr 1m do zarządzenia, określającego Katalog leków refundowanych stosowanych w programach lekowych i polegają na:  a) dodaniu kodów GTIN dla substancji czynnych:  - 5.08.09.0000006 Bevacizumabum - GTIN: 05901797710989, 05901797710972,  - 5.08.09.0000023 Factor VIII coagulationis humanus recombinate - GTIN: 05909990819515, 05909990010554, 05909990819317, 05909990819416,  - 5.08.09.0000162 Carfilzomibum - GTIN: 05909991298470, 05909991256388,  - 5.08.09.0000170 Benralizumabum – GTIN: 05000456059213,  b) dodaniu substancji czynnych i kodów GTIN:  - 5.08.09.0000209 Amifampridinum – GTIN: 05055956400706,  - 5.08.09.0000210 Brolucizumabum – GTIN: 07613421034993,  - 5.08.09.0000211 Cemiplimabum – GTIN: 05909991408329,  - 5.08.09.0000212 Dupilumabum – GTIN: 05909991341435,  - 5.08.09.0000213 Levofloxacinum – GTIN: 08025153003014,  - 5.08.09.0000214 Tolvaptanum – GTIN: 05038256002115, 05038256002122, 05038256002139,  - 5.08.09.0000215 Tyldrakizumabum – GTIN: 08430308131700,  - w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym,  5) załącznika nr 2, określającego wzór umowy i polegają na dostosowaniu brzmienia § 4 „Warunki finansowania świadczeń” oraz brzmienia § 5 „Kary umowne” do przepisów wynikających z treści § 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.)  - zmiana ma charakter porządkujący;  6) załącznika nr 3 do zarządzenia, określającego Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu programów lekowych i polegają na:  a) zmianie wymagań do programu B.56 Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego w części „lekarze” oraz pozostałe zgodnie z wypracowanym stanowiskiem ekspertów przekazanym przez Polskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej;  b) zmianie wymagań dla programu B.61. Leczenie chorych na wczesnodziecięcą postać cystynozy nefropatycznej w części „organizacja udzielania świadczeń”, w związku z wnioskiem Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ;  c) zmianie nazwy zakresu dla programu B.103. z „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem lub wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem” na „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem”, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  d) zmianie wymagań dla programu B.120. Leczenie chorych na cukrzycowy obrzęk plamki (DME) w części „pozostałe”, w uzgodnieniu z Konsultantem Krajowym w dziedzinie okulistyki;  e) zmianie wymagań dla programu B.123. Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona w części „organizacja udzielania świadczeń”, w związku z wnioskiem Pana prof. dr hab. n. med. Piotra Sochy oraz zgodnie z uwagą zgłoszoną przez Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka";  f) dodaniu wymagań dla programów lekowych:  - B.121. Leczenie amifamprydyną pacjentów z Zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona,  - B.124. Leczenie chorych z ciężką postacią atopowego zapalenia skóry,  - B.125. Leczenie chorych na zaawansowanego raka kolczystokomórkowego skóry cemipilimabem,  - B.126. Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek,  - B.127. Leczenie dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną,  - w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  7) załącznika nr 4 do zarządzenia, określającego Wykaz programów lekowych i polegają na:  a) dodaniu substancji czynnej lewofloksacyna w programie lekowym B.27. „Leczenie przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą”,  b) dodaniu substancji czynnej tyldrakizumab w programie lekowym B.47. „Leczenie umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej”,  c) dodaniu substancji czynnej brolucizumab w programie lekowym B.70. „Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD)”,  d) zmianie nazwy programu lekowego B.103. z „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem lub wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem” na „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem”,  e) dodaniu programów lekowych:  - B.121. Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona,  - B.124. Leczenie chorych z ciężką postacią atopowego zapalenia skóry,  - B.125. Leczenie chorych na zaawansowanego raka kolczystokomórkowego skóry cemiplimabem,  - B.126. Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek,  - B.127. Leczenie dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną,  - w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  f) w poz. 104 dla programu B.125 Leczenie chorych na zaawansowanego raka kolczystokomórkowego skóry cemiplimabem, w kolumnie 4 - Rozpoznanie kliniczne ICD-10, dostosowaniu stopnia szczegółowości kodowania rozpoznania medycznego do obecnie obowiązujących regulacji prawnych tj. zmiana z C44.12, C44.22, C44.32, C44.42, C44.52, C44.62, C44.72, C44.82, C44.92 na C44.1, C44.2, C44.3, C44.4, C44.5, C44.6, C44.7, C44.8, C44.9, w związku z uwagą zgłoszoną przez Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ oraz Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli;  8) załącznika nr 5 do zarządzenia, określającego katalog współczynników korygujących w programach lekowych i polegają na obniżeniu progu kosztowego uprawniającego do zastosowania współczynnika korygującego dla substancji czynnych o kodach:  - 5.08.09.0000001 adalimumabum: z 4,6955 na 4,0209,  - 5.08.09.0000018 etanerceptum: z 4,8 na 4,2084,  po analizie średnich cen leków w miesiącu sierpniu 2021 roku;  9) załącznika nr 9 do zarządzenia, określającego zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia chorób ultrarzadkich oraz weryfikację jego skuteczności, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  10) załącznika nr 10 do zarządzenia, określającego zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej oraz weryfikację jego skuteczności, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  11) załącznika nr 11 do zarządzenia, określającego zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia w chorobach siatkówki oraz weryfikację skuteczności leczenia i polegają na usunięciu części 2 załącznika, tj. wzorów dokumentów w wersji papierowej, w związku z udostępnieniem elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych dla DME;  12) załącznika 25 do zarządzenia określającego zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia choroby Wilsona oraz weryfikację jego skuteczności, poprzez korektę błędnej nazwy programu lekowego w wielu miejscach załącznika, tj. z „Leczenie choroby Wilsona” na „Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona, w związku z uwagą zgłoszoną przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ;  13) dodania załącznika nr 26 do zarządzenia, określającego zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia chorych na raka kolczystokomórkowego skóry, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym.  Brzmienie w § 4 i 5 zarządzenia wynika z konieczności zapewnienia ciągłości stosowania przepisów, zgodnie z ww. obwieszczeniem Ministra Zdrowia oraz zgodności z terminami obowiązywania decyzji administracyjnych Ministra Zdrowia w sprawie objęcia refundacją i określenia ceny urzędowej leków zawartych w niniejszym zarządzeniu.  Wobec powyższego zarządzenie stosuje się do świadczeń udzielanych od dnia 1 listopada 2021 r., z wyjątkiem:  1) załącznika, o którym mowa w § 1:  a) w pkt 8 lit. a do niniejszego zarządzenia, który stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 listopada 2021 r. do dnia 31 grudnia 2021 r.,  b) w pkt 8 lit. b niniejszego zarządzenia, który stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2022 r.;  2) § 1 pkt 7, w zakresie do załącznika nr 5 do zarządzenia, który stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 grudnia 2021 r.  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania, z wyjątkiem § 1 pkt 4 w zakresie świadczeń o kodach 5.08.08.0000154 i 5.08.08.0000155 oraz § 1 pkt 8 lit. b, które wchodzą w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.  Zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zasięgnął opinii właściwych konsultantów krajowych, a także zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ustawy o świadczeniach, zasięgnął opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców.  W dniach od 29 października 2021 r. do 12 listopada 2021 r. trwały konsultacje społeczne projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe.  W trakcie konsultacji do ww. projektu zarządzenia odniosło się 31 podmiotów (w tym 3 oddziały wojewódzkie NFZ), z pośród których 11 nie zgłosiło uwag, a 1 po terminie.  Łącznie otrzymano 50 stanowisk do przedmiotowego projektu, w tym 37 zawierających uwagi, 2 nie zawierające uwagi oraz 11 informujących o ich braku. Z przesłanych 37 uwag:  • 25 uznano jako zasadne,  • 2 uznano jako częściowo zasadne,  • 3 wymaga dalszej analizy,  • 7 oceniono jako niezasadne.  Najważniejsze uwzględnione uwagi dotyczą:  1) załącznika nr 1m do zarządzenia określającego Katalog leków refundowanych stosowanych w programach lekowych:  – zmiana zawartości opakowania: dla leku o kodzie GTIN 05000456059213: Fasenra, z „roztwór do wstrzykiwań” na „roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu”, w związku z uwagą zgłoszoną przez AstraZeneca AB;  – zmiana w zakresie nazwy substancji czynnej o kodzie 5.08.09.0000162 z „karfilzomib” na „carfilzomibum”, w związku z uwagą zgłoszoną przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ;  2) załącznika nr 3 do zarządzenia określającego Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu programów lekowych:  a) program lekowy B.56. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego  - w części „lekarze – pozostałe” zmiana na jednolity zapis o treści: „przeprowadzenie w lokalizacji wielospecjalistycznej konsultacji z udziałem lekarza specjalisty w dziedzinie onkologii klinicznej – w przypadku realizacji programu przez lekarzy specjalistów w dziedzinie radioterapii onkologicznej lub urologii”.  - w części „pozostałe” pozostawienie poprzedniego zapisu dotyczącego udzielania świadczeń w oddziale urologicznym i usunięcie zapisu dotyczącego specjalistów w dziedzinie radioterapii onkologicznej,  zgodnie z wypracowanym stanowiskiem ekspertów przekazanym przez Polskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej;  b) program lekowy B.103. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem – w części „pozostałe” wycofanie zapisu wprowadzenia wymogu jednoczesnej realizacji programu B.79 "Leczenie chorych przewlekłej białaczki limfocytowej obinutuzumabem" w związku z uwagą zgłoszoną przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ;  c) program lekowy B.121. Leczenie amifamprydyną pacjentów z Zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona,  - w części „organizacja udzielania świadczeń” wykreślenie komórek o kodach: 1221 - poradnia neurologiczna dla dzieci, 4221 - oddział neurologiczny dla dzieci, 4671, HC.1.2., 58 - oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii dziecięcej  - w części „lekarze” wykreślenie lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii dziecięcej w związku z uwagą zgłoszoną przez Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ, gdyż do programu zgodnie z opisem kwalifikowani są dorośli pacjenci;  d) program lekowy B.122. Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu”, w części „lekarze”, sekcja dorośli oraz sekcja dzieci korekta legislacyjna poprzez oddzielenie specjalizacji lekarskich spójnikiem „lub”, w związku z uwagą zgłoszoną przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ;  e) program lekowy B.123. Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona:  - w części „organizacja udzielania świadczeń” dodanie komórek o kodach: 1650 - Poradnia transplantologiczna, 1651 - Poradnia transplantologiczna dla dzieci, w związku z uwagą zgłoszoną przez Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka";  - w części „lekarze – pozostałe” korekta opisu dla dzieci – poprawne brzmienie to – „dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: neurologii dziecięcej lub gastroenterologii dziecięcej - w przypadku realizacji programu dla dzieci bez udziału lekarzy o takiej specjalizacji”, w związku z uwagą zgłoszoną przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ;  f) program lekowy B.124. Leczenie chorych z ciężką postacią atopowego zapalenia skóry:  - w części „organizacja udzielania świadczeń” dodanie komórek o kodach: 1010 - poradnia alergologiczna, 4010 - oddział alergologiczny, 4670, HC.1.2., 36.- oddział leczenia jednego dnia o profilu alergologii, w związku z uwagą zgłoszoną przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie alergologii, prof. Karina Jahnz-Różyk, Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Dermatologii w Wenerologii prof. dr hab. n. med. Joanna Narbutt, Polskie Towarzystwo Alergologiczne;  - w części „lekarze” dodanie lekarza specjalisty w dziedzinie alergologii, w związku z uwagą zgłoszoną przez Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Dermatologii w Wenerologii prof. dr hab. n. med. Joanna Narbutt, Polskie Towarzystwo Alergologiczne;  3) załącznika nr 4 do zarządzenia, określającego Wykaz programów lekowych i w poz. 104 dla programu B.125 Leczenie chorych na zaawansowanego raka kolczystokomórkowego skóry cemiplimabem, w kolumnie 4 - Rozpoznanie kliniczne ICD-10, dostosowanie stopnia szczegółowości kodowania rozpoznania medycznego do obecnie obowiązujących regulacji prawnych tj. zmiana z C44.12, C44.22, C44.32, C44.42, C44.52, C44.62, C44.72, C44.82, C44.92 na C44.1, C44.2, C44.3, C44.4, C44.5, C44.6, C44.7, C44.8, C44.9, w związku z uwagą zgłoszoną przez Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ oraz Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli;  4) załącznika 25 do zarządzenia określającego zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia choroby Wilsona oraz weryfikację jego skuteczności, poprzez korektę błędnej nazwy programu lekowego w wielu miejscach załącznika, tj. z „Leczenie choroby Wilsona” na „Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona, w związku z uwagą zgłoszoną przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ.  Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący. | Wejście w życie 27 listopada 2021 r. z wyjątkiem § 1:  1) pkt 5 w zakresie świadczeń o kodach 5.08.08.0000154 i 5.08.08.0000155,  2) pkt 8 lit. b  - które wchodzą w życie z dniem 1 stycznia 2022 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1902021dgl,7446.html) |
| 29.11.2021 | Obwieszczenie Ministra Zdrowia | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego | Ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z 2019 r. poz. 1199). |  | [OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 12 października 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000214801.pdf) |
| 29.11.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych | Choroby rzadkie stanowią istotne wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej i społecznej, dotykają 6-8% populacji każdego kraju. Uwzględniając krajowe dane demograficzne, szacuje się, że na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na choroby rzadkie cierpi od 2 do 3 milionów osób.  Ustanowienie diagnostyki i leczenia chorób rzadkich jako priorytet zdrowotny uwidoczni pacjenta z chorobą rzadką w systemie ochrony zdrowia. Oczekiwanym efektem wprowadzenia Planu dla Chorób Rzadkich (uchwała nr 110 Rady Ministrów z dnia 24 sierpnia 2021 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Plan dla Chorób Rzadkich (M.P. poz. 883)) jako priorytetu zdrowotnego jest ukierunkowanie działań, które mają na celu poprawę dostępu do procesu diagnostycznego i terapeutycznego dla świadczeniobiorców cierpiących na choroby rzadkie. | Wejście w życie 27 listopada 2021 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000214401.pdf) |
| 29.11.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kredytów na studia medyczne | Projekt wykonuje upoważnienie zawarte w art.103f ustawy dodane ustawą z dnia 17 listopada 2021 r. o zmianie ustawy - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz o niektórych innych ustaw (Dz. U. poz.). W projekcie określono: terminy i sposób składania wniosków o kredyt na studia medyczne, terminy i zakres informacji przekazywanych przez Bank Gospodarstwa Krajowego ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, o których mowa w art. 103e ustawy, termin zawarcia umowy o kredyt na studia medyczne, niezbędne elementy umowy o kredyt na studia medyczne, tryb wypłaty oraz spłaty kredytu na studia medyczne, sposób umarzania kredytu na studia medyczne przez ministra właściwego do spraw zdrowia, sposób dokonywania rozliczeń z tytułu pokrywania odsetek należnych bankom. W załączniku do rozporządzenia zamieszczono wzór wniosku o umorzenie kredytu na studia medyczne przez ministra właściwego do spraw zdrowia.  W projekcie rozporządzenia założono, że o kredyt na studia medyczne będą mogli ubiegać się studenci (odbywający studia na kierunku lekarskim prowadzone w języku polskim na warunkach odpłatności) w dwóch terminach w danym roku tj. w okresie w okresie 21 dni od dnia rozpoczęcia danego semestru studiów, co skorelowane jest z terminem określonym w art. 103b ust. 1 ustawy, z którego wynika, że kredyt na studia medyczne jest wypłacany przez banki na rachunek uczelni nie później niż w terminie 60 dni od dnia rozpoczęcia danego semestru studiów. Odstępstwo od ww. reguły stanowi § 12 projektu rozporządzenia, z którego wynika, że wniosek o kredyt na studia medyczne (obejmujący okres od pierwszego semestru roku akademickiego 2021/2022) będą mogli złożyć studenci w terminie 30 dni od dnia wejścia rozporządzenia w życie. Studenci będą mogli składać wnioski o udzielenie kredytu na studia medyczne albo w postaci papierowej albo elektronicznej poprzez system bankowości elektronicznej. W treści projektu rozporządzenia przewidziano, że umowa kredytu na studia medyczne będzie zawierana przez studenta z bankiem w terminie 14 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku o udzielenie kredytu na studia medyczne (§ 5 ust. 1). Ponadto w § 5 ust. 2 projektu określono elementy specyficzne dla umowy kredytu na studia medyczne, niemniej jednak w odniesieniu do umów o kredyt na studia medyczne zastosowanie mieć będzie również art. 69 ust. 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Prawo bankowe (Dz. U. z 2020 r. poz. 1896, z późn. zm.) określający inne elementy umowy kredytowej. Wypłata pierwszej transzy dokonywana będzie nie później niż w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy kredytu na studia medyczne, zaś wypłata kolejnej transzy kredytu przez bank będzie uzależniona od przedstawienia przez studenta dokumentu potwierdzającego kontynuowanie studiów w kolejnym semestrze (§ 6 ust. 1 i 2 projektu). Spłata kredytu na studia medyczne dokonywana będzie zgodnie z harmonogramem spłaty tego kredytu, na rachunek bankowy wskazany w umowie kredytu na studia medyczne (§ 7). W celu usprawnienia obsługi wniosków o umorzenie kredytu na studia medyczne przez ministra właściwego do spraw zdrowia w załączniku do projektu rozporządzenia określono wzór takiego wniosku (§ 8 ust. 2 projektu). Umorzenie kredytu na studia medyczne będzie możliwe w zależności od indywidulanej sytuacji w jakiej znalazł się kredytobiorca po ustaleniu okoliczności stanowiących podstawę wniosku o umorzenie tego kredytu. Z treści wniosku o umorzenie kredytu na studia medyczne wynika, że kredytobiorca zostanie zobowiązany do wskazania przyczyn ubiegania się o umorzenie kredytu na studia medyczne poprzez dokonanie wyboru spośród katalogu przesłanek stanowiących podstawę do ubiegania się o umorzenie kredytu na studia medyczne, co niewątpliwie przyczyni się do usprawnienia procesu rozpatrywania wniosków. Dodatkowo do wniosku o umorzenie kredytu na studia wnioskodawca będzie zobowiązany dołączyć dokumenty potwierdzające wystąpienie wszystkich okoliczności stanowiących podstawę złożenia wniosku o umorzenie tego kredytu, w tym harmonogram spłaty tego kredytu (§ 8 ust. 3 projektu). Katalog dokumentów niezbędnych do ubiegania się o umorzenie kredytu został wskazany we wzorze wniosku stanowiącego załącznik do rozporządzenia. | Konsultacje społeczne do 6 grudnia 2021 r. ([dep-rkm@mz.gov.pl](mailto:dep-rkm@mz.gov.pl)) | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12353808/12832922/12832923/dokument531711.pdf) |
| 26.11.2021 | Obwieszczenie Ministra Zdrowia | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie orzekania o stanie zdrowia nauczyciela akademickiego na potrzeby udzielenia urlopu dla poratowania zdrowia | Ogłasza się w załączniku jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2018 r. w sprawie orzekania o stanie zdrowia nauczyciela akademickiego na potrzeby udzielenia urlopu dla poratowania zdrowia (Dz. U. poz. 1868). |  | [OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 28 października 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie orzekania o stanie zdrowia nauczyciela akademickiego na potrzeby udzielenia urlopu dla poratowania zdrowia (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000213801.pdf) |
| 26.11.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie skierowań wystawianych w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej | Projekt rozporządzenia ma na celu określenie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej, dla których skierowania będą wystawiane w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej, zwanym dalej „SIM”, o którym mowa w art. 5 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 666 i 1292).  Zgodnie z projektowaną zmianą wykaz skierowań wystawianych w postaci elektronicznej rozszerzony zostanie o :  1) skierowania na rehabilitację leczniczą u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 59 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz  2) skierowania na świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. | Wejście w życie 26 listopada 2021 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie skierowań wystawianych w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000213201.pdf) |
| 26.11.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia | W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2020 r. poz. 857, 1404 i 1950) dodaje się chirurgiczną asystę lekarza | Wejście w życie 26 listopada 2021 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000213101.pdf) |
| 26.11.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi | Zmiana rozporządzenia spowodowana jest koniecznością uzupełnienia we wzorze Karty zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby przebywającej w szpitalu psychiatrycznym, innym zakładzie leczniczym albo w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, w pkt 9 Ocena zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego kierownika podmiotu leczniczego/upoważnionego lekarza o zastosowaniu przymusu bezpośredniego – podstawy prawnej zastosowania przymusu bezpośredniego o art. 34 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, zwanej dalej „ustawą”, zgodnie z którym wobec osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody przymus bezpośredni można stosować, poza okolicznościami określonymi w art. 18 ustawy, także wtedy, gdy jest to konieczne do dokonania niezbędnych czynności leczniczych, o których mowa w art. 33 ustawy. Przymus bezpośredni można także stosować w celu zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu przez tę osobę szpitala psychiatrycznego.  Ponadto, proponuje się zmiany we wzorze Oceny stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej mające na celu usunięcie niedostatków redakcyjnych polegających na pominięciu godz. 00:30 oraz numerowaniu zachowań z pominięciem cyfry 7 w odnośniku dotyczącym kolumny „Zachowanie”.  Wprowadzenie odpowiednich zmian we wzorze Karty zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby przebywającej w szpitalu psychiatrycznym, innym zakładzie leczniczym albo w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej oraz we wzorze Oceny stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej. | Konsultacje społeczne do 16 grudnia 2021 r. ([dep-zp@mz.gov.pl](mailto:dep-zp@mz.gov.pl)) | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12353760/12832447/12832448/dokument531543.pdf) |
| 25.11.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 188/2021/DSOZ PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 24.11.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej  w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna | Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2021 r. poz. 1285, z późn zm.).  Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem polegają na podniesieniu współczynnika stosowanego przy rozliczaniu porad pierwszorazowych udzielanych świadczeniobiorcom powyżej 18. roku życia, wykonywanych w poradniach specjalistycznych następujących specjalności: alergologia, endokrynologia, kardiologia i neurologia do wysokości 1,8.  Powyższe zmiany wprowadzone zostały w celu zwiększenia liczby nowych pacjentów, którzy będą szybko przyjmowani i diagnozowani w trybie ambulatoryjnym, co powinno skrócić czas oczekiwania na poradę specjalistyczną. Utrzymano jednocześnie pozostałe zasady rozliczania porad pierwszorazowych.  Przepisy zarządzenia mają zastosowanie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych nie wcześniej niż od dnia 1 listopada 2021 r.  Szacowane skutki finansowe modyfikacji wdrożonych w niniejszym zarządzeniu określono w wysokości ok. 42 917 502 zł, w tym:  - w roku 2021 (od listopada) ok. 6 131 072 zł,  - w roku 2022 (12 m-cy) ok. 36 786 430 zł.  Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2020 r. poz. 320, z późn. zm.), został przedstawiony do konsultacji zewnętrznych.  W ramach konsultacji 8 podmiotów wyraziło opinię, natomiast 6 z nich zgłosiło uwagi do projektu zarządzenia. Świadczeniodawcy wnioskowali o modyfikację wyceny wszystkich świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz o objęcie przedmiotowym współczynnikiem również innych zakresów. Zgłoszone uwagi nie zostały uwzględnione, ponieważ wykraczają poza zakres wprowadzanych zarządzeniem zmian. | Wejść w życie 25 listopada 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1882021dsoz,7445.html) |
| 25.11.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 187/2021/GPF PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 24.11.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie powołania Zespołu do spraw monitorowania prawidłowości postępowania w przypadkach podejrzenia lub zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 | Nowelizacja zarządzenia Nr 28/2020/GPF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 marca 2020 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw monitorowania prawidłowości postępowania w przypadkach podejrzenia lub zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 polega na wprowadzeniu zmian w zakresie składu osobowego Zespołu oraz sprawozdawczości. | Wejście w życie 25 listopada 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1872021gpf,7444.html) |
| 25.11.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 186/2021/GPF PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 24.11.2021 r. w sprawie rozwiązania zespołu do spraw organizacji szczepień populacji przeciwko COVID-19 | Niniejszym zarządzeniem rozwiązuje się zespół do spraw organizacji szczepień populacji przeciwko COVID-19, powołany zarządzeniem Nr 198/2020/GPF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2020 r. w sprawie powołania zespołu do spraw organizacji szczepień populacji przeciwko COVID-19.  Konieczność rozwiązania zespołu do spraw organizacji szczepień populacji przeciwko COVID-19, wynika z objęcia przez Biuro Profilaktyki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia zadań związanych z organizacją szczepień przeciw COVID-19, które dotychczas były realizowane przez zespół do spraw organizacji szczepień populacji przeciwko COVID-19.  W związku z powyższym, Przewodniczący Zespołu, w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie niniejszego zarządzenia, zobowiązany został do przedstawienia Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia raportu końcowego z działalności zespołu.  Jednocześnie, konsekwencją rozwiązania zespołu do spraw organizacji szczepień populacji przeciwko COVID-19, jest utrata mocy zarządzenia Nr 198/2020/GPF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2020 r. w sprawie powołania zespołu do spraw organizacji szczepień populacji przeciwko COVID-19 | Wejście w życie 25 listopada 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1862021gpf,7443.html) |
| 25.11.2021 | Obwieszczenie Ministra Zdrowia | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie preparatów zawierających środki odurzające lub substancje psychotropowe, które mogą być posiadane i stosowane w celach medycznych oraz do badań klinicznych, po uzyskaniu zgody wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego | Ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2015 r. w sprawie preparatów zawierających środki odurzające lub substancje psychotropowe, które mogą być posiadane i stosowane w celach medycznych oraz do badań klinicznych, po uzyskaniu zgody wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego (Dz. U. poz. 1819) |  | [OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 3 listopada 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie preparatów  zawierających środki odurzające lub substancje psychotropowe, które mogą być posiadane i stosowane  w celach medycznych oraz do badań klinicznych, po uzyskaniu zgody wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000212401.pdf) |
| 25.11.2021 | Ustawa | Ustawa z dnia 17 listopada 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw | Wprowadzenie możliwości korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, na zasadach analogicznych jak te, które obowiązywały przed wyjściem tego kraju z UE; nowe przepisy będą miały pozytywny wpływ z punktu widzenia zabezpieczenia dostępu do szczepień przeciwko COVID-19, ponadto, cudzoziemcy objęci ubezpieczeniem społecznym z tytułu wykonywania legalnej pracy w Polsce, którzy nie mogą uzyskać obecnie statusu osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym, uzyskają ten status    1. Z dniem 1 stycznia 2021 r. zaczął obowiązywać protokół w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego do Umowy o Handlu i Współpracy między Unią Europejską i Europejską Wspólnotą Energii Atomowej, z jednej strony, a Zjednoczonym Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, z drugiej strony (Dz. Urz. UE L 444 z 31.12.2020, str. 14), zwany dalej „protokołem”, na mocy którego w relacjach ze Zjednoczonym Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, zwanym dalej „Zjednoczonym Królestwem”, zachowane zostają uprawnienia do korzystania z rzeczowych świadczeń zdrowotnych w sytuacjach transgranicznych, na zasadach analogicznych do obowiązujących w ramach unijnych przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Konieczne jest uwzględnienie protokołu w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, w sposób analogiczny do tego, w jaki zostały w tej ustawie uwzględnione ww. przepisy o koordynacji.  2. Brak jest regulacji zobowiązujących banki do wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego osób, które zostały zgłoszone do ubezpieczenia z tytułu pobierania brytyjskiej emerytury, niezgodnie z postanowieniami protokołu, w okresie od 1 stycznia 2021 r. do dnia wejścia w życie projektowanej ustawy.  3. Przepisy art. 136 ust. 2 pkt 3 oraz art. 139a ustawy o świadczeniach wymagają doprecyzowania. Ponadto art. 139a, w zdaniu pierwszym, zawiera nieprawidłowe sformułowanie, będące następstwem błędu legislacyjnego.  4. Art. 154 ust. 3 ustawy o świadczeniach budzi zastrzeżenia w świetle obowiązujących regulacji z zakresu ochrony danych, z uwagi na brak obowiązku anonimizacji danych osobowych zawartych w upublicznianych zgodnie z tym przepisem decyzji administracyjnych Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”.  5. W świetle aktualnie obowiązujących przepisów nie ma możliwości dopuszczenia do obrotu szczepionek w opakowaniach obcojęzycznych oraz z ulotkami informacyjnymi w językach obcych, w sytuacji wywołanej zakażeniami wirusem COVID-19. Może to stwarzać barierę dla dostępności szczepionek przeciwko temu wirusowi, mając na uwadze, iż zagraniczni producenci szczepionek mogą zrezygnować z realizowania dostaw do Polski, gdyż będzie się to wiązało z dodatkowymi nakładami związanymi z koniecznością zapewnienia polskojęzycznych informacji na opakowaniach i ulotkach.  1. Proponuje się wprowadzenie w ustawie o świadczeniach zmian polegających na uwzględnieniu we wszystkich przepisach odwołujących się do państw UE lub EFTA również Zjednoczonego Królestwa oraz rozszerzenie definicji stosowanego w tej ustawie pojęcia „przepisy o koordynacji” w taki sposób, aby obejmowała również protokół, a ponadto także umowę o wystąpieniu Zjednoczonego Królestwa z Unii Europejskiej.  2. Proponuje się wprowadzenie regulacji przejściowej, obligującej banki do wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego osób, które w okresie od 1 stycznia 2021 r. do dnia wejścia w życie projektowanej ustawy zostały zgłoszone do tego ubezpieczenia, z tytułu pobierania brytyjskiej emerytury, niezgodnie z postanowieniami protokołu.  3. Proponuje się doprecyzowanie art. 136 ust. 2 pkt 3 oraz art. 139a, przez określenie zdarzenia rozpoczynającego bieg wskazanego we tych przepisach 5-letniego terminu, w przypadku gdy dla inwestycji nie wydaje się pozwolenia na użytkowanie, a dodatkowo wprowadza się korektę w brzmieniu art. 139a zdanie pierwsze.  4. Proponuje się uzupełnienie art. 154 ust. 3 ustawy o świadczeniach o obowiązek anonimizacji danych osobowych zawartych w upublicznianych na podstawie tego przepisu decyzjach administracyjnych.  5. Proponuje się zmianę art. 4c ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2020 r. poz. 944, z późn. zm.), mającą na celu rozszerzenie o szczepionki katalogu produktów, w stosunku do których Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych może wyrazić czasową zgodę na odstąpienie od umieszczania na opakowaniu i ulotce niektórych danych szczególnych lub sporządzenia oznakowania opakowania i ulotki dołączanej do opakowania w języku polskim w całości lub części | Wejście w życie 9 grudnia 2021 r. z wyjątkiem art. 1 pkt 1, pkt 2 lit. a i lit. c tiret  pierwsze–trzecie, pkt 3, 5–7, 9, pkt 10 lit. a, lit. b tiret pierwsze, lit. c tiret pierwsze oraz lit. d, a także pkt 15, które wchodzą  w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, z mocą od dnia 1 stycznia 2021 r., oraz art. 4, który wchodzi w życie  z dniem następującym po dniu ogłoszenia, z mocą od dnia 1 października 2021 r | [Ustawa z dnia 17 listopada 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000212001.pdf) |
| 23.11.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie metody zapobiegania grypie sezonowej w sezonie 2021/2022 | Szczepieniami obejmuje się osoby, które najpóźniej w dniu przeprowadzenia szczepienia ukończyły 18. rok życia, wykonywane przy użyciu szczepionki przeciwko grypie dedykowanej na sezon 2021/2022 do dnia 31 marca 2022 r. lub do wyczerpania stanów magazynowych Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych. | Wejście w życie 23 listopada 2021 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie metody zapobiegania grypie sezonowej w sezonie 2021/2022 (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000209801.pdf) |
| 23.11.2021 | Obwieszczenie Marszałka Sejmu | Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 29 października 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych | Ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 1842) |  | [Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 29 października 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000209501.pdf) |
| 23.11.2021 | Uchwała Rady Ministrów | Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Program wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022-2023” | Celem Programu wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022-2023, zwanego dalej „Programem” jest poprawa efektywności leczenia pacjentów oddziałów udzielających stacjonarnych świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży poprzez wsparcie inwestycji infrastrukturalnych na tych oddziałach.  Projektowana regulacja wynika z konieczności wsparcia oddziałów udzielających stacjonarnych świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży. W Polsce świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży udziela 46 oddziałów stacjonarnych. Trudna sytuacja oddziałów jest podnoszona przez wielu specjalistów m.in. konsultantów krajowych i wojewódzkich, Rzecznika Praw Dziecka, Rzecznika Praw Pacjenta. W ostatnich latach oddziały borykają się z licznymi problemami wynikającymi m.in. ze zwiększającej się liczby pacjentów korzystających z systemu ochrony zdrowia psychicznego czy konieczności dostosowywania oddziałów do standardów nowoczesnej opieki psychiatrycznej. Sytuację dodatkowo pogorsza epidemia COVID-19, w wyniku której nastąpiła konieczność realizacji inwestycji związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem jej skutków. Jednym ze skutków epidemii COVID-19 jest konieczność udzielania świadczeń pacjentom z podejrzeniem lub potwierdzeniem zakażenia SARS-CoV-2 i współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi, jak również zwiększone ryzyko wystąpienia zaburzeń i chorób psychicznych wśród dzieci i młodzieży.  W 2021 r. ogłoszony został nabór wniosków na działania inwestycyjne finansowane z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19. Nabór spotkał się z dużym zainteresowaniem ze strony świadczeniodawców – złożonych zostało 34 wniosków na łączną sumę ponad 60 mln zł. W związku z powyższym konieczne jest przygotowanie systemu ochrony zdrowia psychicznego, zwłaszcza świadczeniodawców udzielających świadczeń w trybie stacjonarnym na konieczność udzielania efektywnej pomocy pacjentom doświadczającym negatywnych skutków epidemii COVID-19, w tym osobom z zakażeniem lub podejrzeniem zakażenia COVID-19, jak również dzieciom i młodzieży doświadczającym pogorszenia stanu zdrowia psychicznego w związku z epidemią i obostrzeniami, a także związanymi z tym zmianami społecznymi.  Głównym założeniem jest dostosowanie infrastruktury do wymagań prawnych, funkcjonalnych, która to zapewni bezpieczne udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz zwiększenie efektywności udzielanych świadczeń przez umożliwienie stosowania nowoczesnych form terapii.  Wsparcie kierowane będzie do podmiotów leczniczych udzielających stacjonarnych świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, w rodzaju:  1) Świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży;  2) Leczenie zaburzeń nerwicowych dla dzieci i młodzieży;  3) Świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich;  4) Świadczenia opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne dla dzieci i młodzieży;  5) Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne dla dzieci i młodzieży;  6) Świadczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w hostelu.  Dokładny wykaz oddziałów, na których realizowany będzie program oraz zakres rzeczowy programu zostanie określony w drodze konkursu prowadzonego przez Ministerstwo Zdrowia.  Realizacja Programu ma na celu rozwój i doskonalenie systemu opieki zdrowotnej m. in. przez:  1) zwiększenie efektywności funkcjonowania podmiotu, co ma bezpośrednie przełożenie na usprawnienie systemu ochrony zdrowia;  2) poprawę jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia;  3) poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego populacji dzieci i młodzieży w Polsce;  4) zwiększenie dostępności do specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych, co pozwoli na zachowanie/utrzymanie aktywności zawodowej;  5) podniesienie poziomu wiedzy dotyczącej prawidłowego funkcjonowania systemu opieki, w tym kompleksowej i koordynowanej;  6) skrócenie czasu i kosztów hospitalizacji pacjentów;  7) zwiększenie jakości działań w obszarze diagnostyki i terapii w zakresie opieki psychiatrycznej;  8) podniesienie jakości opieki nad pacjentem i standardu obsługi.  Koszt realizacji Programu wyniesie 40 mln rocznie (w ciągu 2 lat 80 mln zł). | Planowany termin przyjęcia projektu przez RM - IV kwartał 2021 r. | [Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Program wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022-2023” - Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów - BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (kprm.gov.pl)](https://archiwum.bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-rady-ministrow/prace-legislacyjne-rm-i/prace-legislacyjne-rady/wykaz-prac-legislacyjny/r48641919422707,Projekt-uchwaly-Rady-Ministrow-w-sprawie-ustanowienia-programu-wieloletniego-pod.html) |
| 22.11.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | Projekt zarządzenie zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” | Niniejsze zarządzenie, zmieniające zarządzenie nr 178/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach” oraz art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. 2020 poz. 1329).  W związku z ograniczoną dostępnością do świadczeń w zakresie Dziecięcej Opieki Koordynowanej (DOK), biorąc pod uwagę zalecenia pokontrolne Najwyższej Izby Kontroli oraz postulaty świadczeniodawców realizujących DOK wprowadzono modyfikację rozliczania świadczeń pozwalającą bardziej elastycznie realizować plan opieki. Zmiany polegają na możliwości udziału w ocenie kwartalnej i rocznej, zamiast (obowiązkowego dotychczas) okulisty, innego lekarza specjalisty, w zależności od wskazań medycznych (zgodnie z decyzją lekarza koordynującego) oraz dodaniu do katalogu świadczeń produktu rozliczeniowego: „dodatkowa konsultacja jednego lekarza specjalisty innego niż uczestniczący w poradach kompleksowych (częstotliwość: 24 razy w 3 letnim cyklu leczenia tj. 8 porad rocznie)” z możliwością jej rozliczania na zasadach określonych w zarządzeniu. W opisie zasad realizacji świadczeń wskazano także, aby częstotliwość wizyt w poradni była możliwie najmniejsza, w celu minimalnego obciążenia dziecka i jego opiekunów.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.  Zakłada się, że w wyniku zwiększenia liczby podmiotów realizujących DOK nastąpi przesunięcie do przedmiotowego zakresu środków wydatkowanych aktualnie na świadczenia realizowane w ramach innych zakresów świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i rehabilitacji leczniczej, zatem zmiana zarządzenia nie powinna generować skutków finansowych. Zarządzenie stosowane będzie do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 stycznia 2022 r.  Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2020 r. poz. 320, z późn. zm.), został przedstawiony do konsultacji zewnętrznych. W ramach konsultacji publicznych projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych), reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust.1 ustawy o świadczeniach. | Uwagi i opinie do 3 grudnia 2021 r. ([aos.dsoz@nfz.gov.pl](mailto:aos.dsoz@nfz.gov.pl)) | [Projekty zarządzeń / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/projekty-zarzadzen/projekt-zarzadzenia-warunki-i-zawieranie-umow-za-zyciem,6755.html) |
| 22.11.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego | Zgodnie z założeniami Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 20202030, której nadrzędnym celem jest zwiększenie wykrywalności nowotworów we wczesnych stadiach oraz poprawa jakości życia w trakcie i po ukończonym leczeniu konieczne jest kontynuowanie działań na rzecz poprawy wyników leczenia dzieci i młodzieży z wykrytymi nowotworami w ramach świadczeń gwarantowanych.  Zarówno zakup endoprotez na potrzeby leczenia dzieci z nowotworami kości jak i monitorowanie minimalnej choroby resztkowej początkowo były finansowane z budżetu Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych, a od lutego 2020 r. są finansowane z budżetu Narodowej Strategii Onkologicznej. Z uwagi, iż finansowanie w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej ww. zadań z zakresu onkologii dziecięcej kończy się 31 grudnia 2021 r., w celu zachowania ciągłości ich udzielania i objęcia finansowaniem ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „NFZ”. konieczne jest wyodrębnienie powyższych świadczeń w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego od dnia 1 stycznia 2022 r.  Zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 290, z poźn. zm.), wprowadzająca świadczenia wraz z warunkami ich realizacji:  1) „Leczenie rekonstrukcyjne z wykorzystaniem endoprotez onkologicznych u pacjentów do ukończenia 18. roku życia”,  2) „Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej metodą molekularną i metodą wielokolorowej cytometrii przepływowej w ostrych białaczkach u dzieci”  - ma na celu zwiększenie dostępu do wysokospecjalistycznego leczenia oszczędzającego i monitorowania stanu czynnościowego narządów po leczeniu przeciwnowotworowym.  Wprowadzenie świadczenia gwarantowanego związanego z leczeniem rekonstrukcyjnym z wykorzystaniem endoprotez onkologicznych dedykowanych pacjentom do ukończenia 18. roku życia, obejmuje radykalne wycięcie nowotworu (potwierdzone badaniem histopatologicznym śródoperacyjnym) wraz z jednoczasowym uzupełnieniem dużego ubytku kości, umożliwiającym szybkie uruchomienie pacjenta oraz kontynuację leczenia chemioterapeutycznego. Do leczenia oszczędzającego pacjentów każdorazowo kwalifikuje zespół ekspertów, który dokonuje oceny rozległości resekcji oraz przeprowadza ekspertyzę w zakresie indywidualnego doboru endoprotezy dla pacjentów do ukończenia 18. roku życia. W populacji pediatrycznej konieczne jest stosowanie specjalnych endoprotez, tzw. rosnących z systemem umożliwiającym bezinwazyjne wydłużenie kończyny wraz z postępującym wzrostem pacjenta, za pomocą pola elektromagnetycznego oraz wydłużalnych mechanicznie. W przypadku nietypowego zakresu resekcji kości, wieku lub lokalizacji guza, implementowane endoprotezy są wykonywane na specjalne zamówienie, w tym również wytworzonych za pomocą techniki 3D. Implanty wykonane są ze specjalnych tworzyw, pokrytych powłoką, w celu prewencji zakażeń i zminimalizowania reakcji organizmu na implant. By tego typu interwencja przyniosła pożądany efekt, leczenie powinno być prowadzone przez wyspecjalizowany ośrodek i wsparte rehabilitacją leczniczą.  Wprowadzenie świadczenia związanego z monitorowaniem minimalnej choroby resztkowej (MRD) w poszczególnych podtypach choroby nowotworowej krwi u dzieci jest ważne dla podejmowania decyzji terapeutycznych. Dla osiągnięcia celu konieczne jest wykorzystanie strategii postępowania opartej na ocenie MRD oznaczanej równocześnie przy pomocy metody cytofluorometrycznej i technik molekularnych, co daje szansę na zmniejszenie toksyczności i redukcję kosztów leczenia białaczki u dzieci.  W projekcie dodano również w załączniku nr 1 do części II „Świadczenia scharakteryzowane rozpoznaniami”, brakujące kody rozpoznań ICD-10 tj. C40 oraz C41, które umożliwią poprawne oznaczenie problemów zdrowotnych, w tym poprawną kwalifikacje do świadczenia „Leczenie rekonstrukcyjne z wykorzystaniem endoprotez onkologicznych u pacjentów do ukończenia 18. roku życia”. | Konsultacje społeczne do 29 listopada 2021 r. ([uwagi.swiadczeniagwarantowane@mz.gov.pl](mailto:uwagi.swiadczeniagwarantowane@mz.gov.pl)) | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12353511/12830872/12830873/dokument530739.pdf) |
| 22.11.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie apteczek okrętowych i apteczek medycznych oraz wzoru karty zdrowia dla marynarza na statku morskim | W związku z art. 79 ustawy z dnia 11 września 2019 r. o pracy na statkach rybackich (Dz. U. poz. 2197) zaistniała konieczność ponownego określenia wymogów w sprawie apteczek okrętowych i apteczek medycznych na statkach morskich oraz wzoru karty zdrowia dla marynarza na statku morskim, a tym samym wydania nowego rozporządzenia na podstawie art. 72 ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o pracy na morzu (Dz. U. z 2020 r. poz. 1353, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o pracy na morzu”, w miejsce dotychczasowego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 2015 r. w sprawie apteczek okrętowych i apteczek medycznych oraz wzoru karty zdrowia dla marynarza na statku morskim (Dz. U. poz. 2106).  Projekt rozporządzenia określa wymagania dotyczące wyposażenia apteczek okrętowych w odpowiednie rodzaje i ilości produktów leczniczych, wyrobów medycznych i odtrutek oraz ich ewidencjonowania, a także wymagania dotyczące wyposażenia środków ratunkowych w apteczki medyczne, odpowiednie rodzaje i ilości produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz ich ewidencjonowania.  W stosunku do dotychczasowego rozporządzenia w projekcie rozporządzenia usunięto odniesienia do statków rybackich z uwagi na fakt, że ustawa o pracy na morzu – po wejściu w życie ustawy z dnia 11 września 2019 r. o pracy na statkach rybackich – reguluje kwestie pracy wyłącznie na statkach handlowych.  Natomiast art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. o pracy na statkach rybackich wskazuje, że do wyposażenia apteczki okrętowej, jej przechowywania, kontrolowania, wymiany oraz ewidencjonowania jej zawartości stosuje się odpowiednio przepisy o pracy na morzy. Zatem przedmiotowy projekt zastosowanie będzie miał również do statków rybackich.  Projekt zakłada konieczność wdrożenia przepisów dyrektywy Komisji (UE) 2019/1834 z dnia 24 października 2019 r. zmieniającej załączniki II i IV do dyrektywy Rady 92/29/EWG w odniesieniu do nowych wymagań dotyczących wyposażenia apteczek okrętowych w odpowiednie produkty lecznicze i wyroby medyczne, według grup wskazań terapeutycznych w odniesieniu do określonych rodzajów statków oraz odpowiednie rodzaje odtrutek, w jakie wyposaża się apteczki okrętowe wynikających ww. dyrektywy.  W projekcie rozporządzenia określono także wzór ewidencji produktów leczniczych, wyrobów medycznych i odtrutek (załącznik nr 4 do rozporządzenia). | Konsultacje społeczne do 23 listopada 2021 r. ([dep-zp@mz.gov.pl](mailto:dep-zp@mz.gov.pl)) | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12353508/12830743/12830744/dokument530731.pdf) |
| 19.11.2021 | Ustawa | Rządowy projekt ustawy o wyrobach medycznych  (druk 1764) | zapewnienia sprawnego funkcjonowania rynku wewnętrznego w obszarze wyrobów medycznych i wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro, przyjmując jako podstawę wysoki poziom ochrony zdrowia z myślą o pacjentach i użytkownikach, z uwzględnieniem małych i średnich przedsiębiorstw działających w tym sektorze | Pierwsze czytanie Sejm - 1–grudnia 2021 r. | <https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/87BBD44FD284677EC125878F0039A90D/%24File/1764.pdf> |
| 19.11.2021 | Obwieszczenie Ministra Zdrowia | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szkoleń osób, których czynności bezpośrednio wpływają na jakość komórek, tkanek lub narządów, a także bezpieczeństwo dawców i biorców | Ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2010 r. w sprawie szkoleń osób, których czynności bezpośrednio wpływają na jakość komórek, tkanek lub narządów, a także bezpieczeństwo dawców i biorców (Dz. U. poz. 403), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie szkoleń osób, których czynności bezpośrednio wpływają na jakość komórek, tkanek lub narządów, a także bezpieczeństwo  dawców i biorców (Dz. U. poz. 2066). |  | [OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 22 października 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szkoleń osób, których czynności bezpośrednio wpływają na jakość komórek, tkanek lub narządów, a także bezpieczeństwo dawców i biorców (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000207401.pdf) |
| 19.11.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 184/2021/DSOZ PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 18.11.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 | Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 42/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 marca 2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 stanowi wykonanie polecenia Ministra Zdrowia wyrażonego w decyzji z dnia 17 listopada 2021 r. (znak: DLU.736.642.2021.AŻ).  Na podstawie ww. polecenia wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 prowadzonym przez Narodowy Fundusz Zdrowia od dnia 18 listopada 2021 r. obejmuje nie więcej niż dwa izolatoria na terenie danego województwa.  Z uwagi na pogarszającą się sytuację epidemiczną, której rezultatem jest stale zwiększająca się liczba osób zakażonych wirusem SARS-CoV-2, co powoduje zwiększoną liczbę osób wymagających izolacji, zasadne jest zwiększenie liczby funkcjonujących izolatoriów.  Przedmiotowe świadczenia będą finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.  Przepisy zarządzenia wchodzą w życie z dniem następującym po dniu podpisania i stosuje się je do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 18 listopada 2021 r. | Wejście w życie 19 listopada 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1842021dsoz,7441.html) |
| 19.11.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” | Stan zagrożenia epidemicznego, a następnie stan epidemii powodujący liczne zakażenia wirusem SARS-CoV-2, w tym związana z nim zmiana stylu życia, wpłynęły przede wszystkim na ograniczenie aktywności fizycznej oraz wzrost natężenia stresu, potęgując przy tym ryzyko zachorowania na najczęstsze choroby tzw. cywilizacyjne, takie jak choroby układu krążenia czy choroby metaboliczne. Dlatego też mając na uwadze konsekwencje jakie niesie obecna sytuacja epidemiczna zasadne jest wydłużenie etapu realizacji programu pilotażowego, który pozwoli na powszechne objęcie świadczeniobiorców od 40. roku życia profilaktyczną diagnostyką laboratoryjną w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych.  Wprowadzenie zmian w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” (Dz. U. poz. 1081), wynika z konieczności:  1) wydłużenia etapu realizacji o kolejne 6 miesięcy, tj. do dnia 30 czerwca 2022 r.;  2) wydłużenia etapu ewaluacji programu pilotażowego, trwającego 3 miesiące od dnia zakończenia etapu realizacji programu pilotażowego. Termin, w którym Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „NFZ”, dokonuje oceny wyników programu pilotażowego wydłużono do dnia 30 września 2022 r.;  3) dodania w załączniku nr 1 do rozporządzenia „Wykaz świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach programu pilotażowego, szczegółowe kryteria kwalifikacji świadczeniobiorców oraz warunki organizacji i realizacji programu pilotażowego, w tym dotyczące personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną” w kolumnie „Warunki organizacji i realizacji programu pilotażowego” do obecnego personelu medycznego oprócz lekarza, felczera, pielęgniarki także położną, diagnostę laboratoryjny lub ratownika medycznego. | Konsultacje społeczne do 25 listopada 2021 r. ([dep-zp@mz.gov.pl](mailto:dep-zp@mz.gov.pl)) | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12353452/12830059/12830060/dokument530512.pdf) |
| 18.11.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2021 r. w sprawie podziału kwoty środków finansowych w 2022 r. stanowiącej wzrost całkowitego budżetu na refundację | W związku ze wzrostem całkowitego budżetu na refundację w roku rozliczeniowym (2022 r.) w stosunku do całkowitego budżetu na refundację w roku poprzedzającym (2021 r.) ustala się kwotę środków finansowych przeznaczonych na:  1) finansowanie dotychczas nieobjętych refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, które nie mają swojego odpowiednika refundowanego w danym wskazaniu, z zakresu, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 14–16 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 i 1292), do kwoty 176.503.000 zł;  2) finansowanie przewidywanego wzrostu refundacji w wybranych grupach limitowych wynikającego ze zmian w Charakterystyce Produktu Leczniczego lub ze zmian praktyki klinicznej do kwoty 7.889.000 zł;  3) refundację, w części dotyczącej finansowania świadczeń, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 14 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, do kwoty 251.204.000 zł.  Rekomendowanym rozwiązaniem jest wprowadzenie zmiany w regulacji dotyczącej podziału kwoty środków finansowych stanowiącej wzrost całkowitego budżetu na refundację leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, tj. świadczeń gwarantowanych.  Jedynym narzędziem umożliwiającym realizację celu projektowanej regulacji jest podjęcie inicjatywy legislacyjnej. Nie jest możliwe uzyskanie oczekiwanego skutku przez działania pozalegislacyjne.  Wraz ze zwiększaniem całkowitego budżetu na refundację wzrosną nakłady na refundację, umożliwiając tym samym sukcesywne zwiększenie dostępności pacjentów do świadczeń gwarantowanych. | Wejście w życie 1 grudnia 2021 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2021 r. w sprawie podziału kwoty środków finansowych w 2022 r. stanowiącej wzrost całkowitego budżetu na refundację (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000206201.pdf) |
| 18.11.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kursu reedukacyjnego w zakresie problematyki przeciwalkoholowej i przeciwdziałania narkomanii oraz szczegółowych warunków i trybu kierowania na badania lekarskie lub badania psychologiczne w zakresie psychologii transportu | Projektowane rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kursu reedukacyjnego w zakresie problematyki przeciwalkoholowej i przeciwdziałania narkomanii oraz szczegółowych warunków i trybu kierowania na badania lekarskie lub badania psychologiczne w zakresie psychologii transportu jest wydawane na podstawie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami.  Konieczność jego wydania wynika ze zmiany upoważnienia zawartego w art. 4 pkt 36 lit. b ustawy z dnia 14 października 2021 r. o zmianie ustawy o transporcie drogowym oraz niektórych innych ustaw dotyczącego art. 105 ust. 5 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami.  Projektowane rozporządzenie zawiera jedynie zmianę odesłań do ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami w zakresie art. 105 w ust. 5 w pkt 1 i 2 dotycząca zastąpienia wyrazów „art. 99 ust. 1 pkt 5” wyrazami „art. 98a ust. 1 pkt 2” oraz rezygnacji z wydawania decyzji przez właściwego starostę o skierowaniu osoby na badanie psychologiczne przeprowadzane w celu ustalenia istnienia lub braku przeciwwskazań psychologicznych do kierowania pojazdem, gdyż z dniem 5 grudnia 2021 r. starosta będzie wysyłać jedynie informację o obowiązku poddania się odpowiednio badaniom lekarskim, badaniom psychologicznym lub o obowiązku ukończenia odpowiednich kursów reedukacyjnych, zgodnie z art. 98a ust. 3 dodanym ustawą z dnia 14 października 2021 r. (Dz. U. poz. 1997).  Pozostała cześć projektowanego rozporządzenia w stosunku do poprzedniego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2012 r. w sprawie kursu reedukacyjnego w zakresie problematyki przeciwalkoholowej i przeciwdziałania narkomanii oraz szczegółowych warunków i trybu kierowania na badania lekarskie lub badania psychologiczne w zakresie psychologii transportu (Dz. U. z 2019 r. poz. 140 i 2111) nie uległa zmianie. | Konsultacje społeczne do 20 listopada 2021 r. ([dep-zp@mz.gov.pl](mailto:dep-zp@mz.gov.pl)) | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12353408/12829868/12829869/dokument530371.pdf) |
| 15.11.2021 | Zarządzenie Ministra Zdrowia | Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2021 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw pionizacji Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej | Zadaniem Zespołu jest:  1) omówienie koncepcji pionizacji Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej;  2) zaopiniowanie projektów dokumentów przedstawionych przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego związanych z koncepcją pionizacji Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej. | Wejście w życie 11 listopada 2021 r. | [Zarządzenie z dnia 10 listopada 2021 r. (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/89/akt.pdf) |
| 15.11.2021 | Obwieszczenie Ministra Zdrowia | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego | Ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. poz. 1213) |  | [OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 15 października 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000204801.pdf) |
| 10.11.2021 | Obwieszczenie Ministra Zdrowia | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szkolenia pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników | Ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 maja 2017 r. w sprawie szkolenia pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników (Dz. U. poz. 1026) | Wejście w życie 10 listopada 2021 r. | [OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 18 października 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szkolenia pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000202701.pdf) |
| 09.11.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 181/2021/DSOZ  PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 08.11.2021 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR | Założeniem i celem programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej, zwanego dalej „programem pilotażowym”, jest poprawa jakości i efektywności leczenia świadczeniobiorców w wieku od 18. roku życia z rozpoznaniem ICD-10: E66.0 – otyłością spowodowaną nadmierną podażą energii, u których wskaźnik masy ciała BMI ≥ 40 kg/m², oraz świadczeniobiorcami z BMI 35 – 40 kg/m², u których chirurgicznie indukowana redukcja masy ciała może przynieść potencjalną poprawę w zakresie chorób wywołanych otyłością. Celem programu jest także ocena nowego modelu kompleksowej opieki specjalistycznej nad grupą świadczeniobiorców z otyłością olbrzymią pod względem efektywności organizacyjnej.  Wprowadzenie w ramach programu pilotażowego kompleksowej specjalistycznej opieki medycznej nad świadczeniobiorcami z otyłością olbrzymią wynika ze stale rosnącej liczby osób otyłych, co stanowi coraz większe obciążenie finansowe dla systemów opieki zdrowotnej  a także społeczeństwa.  Otyłość jest istotnym wyzwaniem dla zdrowia publicznego. Nadwaga i otyłość zwiększają ryzyko zachorowalności na cukrzycę typu 2, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, chorobę niedokrwienną serca, obturacyjny bezdech senny, chorobę zwyrodnieniową stawów czy depresję. Ponadto otyłość sprzyja rozwojowi niektórych typów nowotworów i podwyższa ryzyko zgonu.  Program pilotażowy zakłada objęcie świadczeniobiorców z olbrzymią otyłością kompleksową opieką specjalistyczną w jednym ośrodku koordynującym. Rekomendowany model opieki obejmuje diagnozę, nowoczesne leczenie bariatryczne, opiekę psychologa, dietetyka oraz rehabilitację leczniczą. Celem pracy wielospecjalistycznego zespołu jest przygotowanie świadczeniobiorców do leczenia chirurgicznego oraz nadzorowanie prawidłowego i niepowikłanego procesu utraty masy ciała zarówno we wczesnym, jak  i odległym okresie pooperacyjnym.  W ramach programu pilotażowego zakłada się stosowanie protokołów kompleksowej opieki okołooperacyjnej dla poprawy wyników leczenia w chirurgii bariatrycznej (protokoły ERABS). Protokoły ERABS przyczynią się do zintegrowanej opieki zdrowotnej i poprawy zarówno krótko, jak i długoterminowych efektów leczenia przy jednoczesnym obniżeniu kosztów.  Opieka obejmuje świadczenia opieki zdrowotnej związane z przygotowaniem świadczeniobiorcy do zabiegu bariatrycznego, leczenie zabiegowe i bariatryczną opiekę specjalistyczną (monitorującą).  Po dokonaniu kwalifikacji do programu pilotażowego ośrodek koordynujący będzie wydawał kartę KOS-BAR. Świadczeniobiorca po otrzymaniu karty KOS-BAR złoży deklarację pod opieką którego ośrodka koordynującego będzie pozostawał w czasie trwania programu pilotażowego.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 9 listopada 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1812021dsoz,7439.html) |
| 09.11.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2021 r. w sprawie trybu, sposobu i warunków wykonywania zadań przez Państwową Inspekcję Sanitarną na terenie obiektów Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu i Centralnego Biura Antykorupcyjnego oraz w stosunku do funkcjonariuszy Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu i Centralnego Biura Antykorupcyjnego | W związku z likwidacją z dniem 1 lipca 2020 r. Państwowej Inspekcji Sanitarnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, która dotychczas wykonywała zadania Państwowej Inspekcji Sanitarnej (PIS) na terenie obiektów Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego (ABW), Agencji Wywiadu (AW) i Centralnego Biura Antykorupcyjnego (CBA) oraz w stosunku do funkcjonariuszy ABW, AW i CBA, zadania te zostają przejęte przez organy PIS. Powoduje to konieczność określenia trybu, sposobu i warunków wykonywania zadań przez PIS w stosunku do wskazanych wyżej obiektów i osób.  Rekomendowanym rozwiązaniem jest wydanie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie trybu, sposobu i warunków wykonywania zadań przez PIS na terenie obiektów ABW, AW i CBA oraz w stosunku do funkcjonariuszy ABW, AW i CBA.  W projekcie rozporządzenia wykorzystano częściowo rozwiązania zawarte w rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 6 maja 2013 r. w sprawie wykonywania zadań przez Państwową Inspekcję Sanitarną Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji na terenie obiektów Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu i Centralnego Biura Antykorupcyjnego oraz w stosunku do funkcjonariuszy Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu i Centralnego Biura Antykorupcyjnego (Dz. U. poz. 577, z późn. zm.), dostosowując je do struktury i organizacji PIS.  Zakresem przedmiotowym projektu rozporządzenia są objęte tereny obiektów oraz funkcjonariusze ABW, AW i CBA.  Biorąc pod uwagę charakter zadań realizowanych przez ABW, AW i CBA oraz związaną z tym konieczność zapewnienia odpowiednich zasobów znajdujących się w dyspozycji organów PIS, przyjęto rozwiązanie, że nadzór ustawowy w odniesieniu do wskazanych wyżej obiektów i osób będzie sprawowany przez właściwych państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych.  Regulacje przepisów § 3 i 4 projektu rozporządzenia dotyczą planowania kontroli w zakresie ustawowej właściwości PIS. W przepisie § 4 projektu rozporządzenia proponuje się sporządzanie przez Głównego Inspektora Sanitarnego i przekazywanie Szefom właściwych służb rocznych planów kontroli w odniesieniu do obiektów ABW, AW i CBA.  W przepisie § 5 projektu rozporządzenia zostały wskazane dokumenty uprawniające do przeprowadzania kontroli przez PIS obiektów ABW, AW i CBA i ich funkcjonariuszy, którymi są: legitymacja pracownika stacji sanitarno-epidemiologicznej, upoważnienie właściwego państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego oraz, w przypadku, gdy jest to niezbędne z uwagi na ochronę informacji niejawnych, odpowiednie poświadczenie bezpieczeństwa. Dokumenty te stanowiłyby podstawę do wydawania przez właściwe służby przepustek uprawniających do wejścia na teren ich obiektów.  W przepisach § 6–9 projektu rozporządzenia określono procedurę kontroli obiektów ABW, AW i CBA, biorąc pod uwagę zadania realizowane przez te służby. Uregulowano m.in. sposób powiadamiania kierowników jednostek ABW, AW i CBA o planowanej kontroli, w tym zakres informacji zawartych w zawiadomieniu o kontroli, oraz przypadki, w których przeprowadzenie kontroli może nastąpić bez zachowania terminów określonych w rozporządzeniu, a także przypadki wyłączenia obowiązku zawiadamiania o planowanej kontroli. Określono również sposób postępowania z dokumentacją kontroli w zależności od nadanej jej klauzuli tajności. | Wejście w życie 9 listopada 2021 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2021 r. w sprawie trybu, sposobu i warunków wykonywania zadań przez Państwową Inspekcję Sanitarną na terenie obiektów Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu i Centralnego Biura Antykorupcyjnego oraz w stosunku do funkcjonariuszy Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu i Centralnego Biura Antykorupcyjnego (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000201701.pdf) |
| 09.11.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowego zakresu danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji oraz sposobu i terminów przekazywania tych danych do Systemu Informacji Medycznej | Projekt rozporządzenia doprecyzuje szczegółowy zakres danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji, zwanego dalej „zdarzeniem medycznym”, które od dnia 1 lipca 2021 r. są przekazywane do Systemu Informacji Medycznej, o czym stanowi art. 56 ust. 2a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.  Doprecyzowanie szczegółowego zakres danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w SIM jak również zasad ich przekazywania przełoży się na zwiększenie dostępności i przejrzystości informacji przekazywanych do SIM, usprawni pracę personelu medycznego, ułatwi obieg dokumentacji medycznej i ograniczy koszty jej udostępniania.  W przedmiotowym projekcie proponuje się określenie danych służących do identyfikacji usługodawcy, o którym mowa w art. 5 pkt 41 lit. b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.). Do danych tych zaliczono 9-cyfrowy numer REGON oraz 10-cyfrowy numer NIP. Natomiast odnośnie do miejsca udzielania świadczenia zdrowotnego, w przypadku tej grupy usługodawców ma ono być określane przez przekazanie następujących danych: nazwy miejscowości, kodu pocztowego, ulicy, numeru domu i lokalu.  Projekt rozporządzenia rozszerza katalog danych usługobiorcy o kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju miejsca zamieszkania usługobiorcy (lub ewentualnie miejsca pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli usługobiorca nie posiada tego pierwszego). Dotychczas przedmiotowa dana miała być zbierana fakultatywnie. Mając jednak na uwadze istotny walor identyfikacyjny ww. danych, zdecydowano się na rozszerzenie tego obowiązku w odniesieniu do wszelkich rodzajów świadczeń zdrowotnych. Ponadto katalog przekazywanych przez usługodawców danych, pozwalających na identyfikację usługobiorcy, rozszerzono o dane odnoszące się do wyrobów medycznych zaimplantowanych u usługobiorcy, informacji o alergiach występujących u usługobiorcy, jego grupie krwi oraz ciąży. Obligatoryjny obowiązek przekazywania do SIM danych pozwalających na identyfikację usługobiorcy, o który rozszerzono dotychczasowy katalog, obowiązywać będzie od dnia 1 lipca 2022 r.  Projekt rozporządzenia określa mechanizm przekazywania do SIM danych w przypadku udzielania świadczenia zdrowotnego lub realizacji określonej procedury medycznej (będącej elementem raportowanego zdarzenia medycznego) przez podwykonawcę usługodawcy, tj. przez podmiot trzeci, któremu usługodawca powierzył udzielenie świadczenia lub wykonanie tej procedury medycznej. To właśnie podwykonawca będzie zobligowany przekazywać do SIM dane dotyczące wykonania konkretnej procedury lub udzielenia świadczenia. Dane te są zobowiązani przekazywać zarówno usługodawcy udzielający świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, jak i usługodawcy realizujący je komercyjnie.  Projekt rozporządzenia zakłada ponadto uwzględnienie dodatkowych informacji do katalogu danych przekazywanych do SIM w przypadku gdy rozpoczęcie i zakończenie udzielania świadczenia zdrowotnego nie następuje w tym samym dniu, oraz gdy usługobiorcy jest udzielane świadczenie zdrowotne w rodzaju rehabilitacja lecznicza, obok kodu przyczyny głównej według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, usługodawcy przekazywali również kod według Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF).  Projekt rozporządzenia dodatkowo nakłada na usługodawców obowiązek wskazywania poza datą udzielania świadczenia zdrowotnego także godzinę rozpoczęcia jego udzielania (zakończenia, przyjęcia do szpitala, wypisu ze szpitala) oraz wytworzenia dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej.  Ponadto rozszerzono katalog danych niezbędnie przekazywanych przez usługodawców, pozwalających na identyfikację świadczenia zdrowotnego, o dane wskazane w § 2 ust. 1 pkt 7 lit. d-h aktualnie obowiązującego rozporządzenia.  Dodatkowo w projekcie rozporządzenia zrezygnowano z wyłączeń w zakresie obowiązków sprawozdawczych w przypadku raportowania przez usługodawców danych do SIM dotyczących świadczeń zdrowotnych lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, a także świadczeń zdrowotnych pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej, jak również doprecyzowane zostały reguły przekazywania przez usługodawcę do SIM danych dotyczących świadczeń zdrowotnych pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania i wychowania. Co istotne obowiązek w tym zakresie na chwilę obecną dotyczyć będzie jedynie świadczenia zdrowotnego jakie stanowi szczepienie. | Konsultacje społeczne do 19 listopada 2021 r. | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12353100/12827852/12827853/dokument529271.pdf) |
| 08.11.2021 | Obwieszczenie Prezesa NFZ | OBWIESZCZENIE PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 05.11.2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej | Ogłasza się w jednolity tekst zarządzenia Nr 56/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2021 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej | Wejście w życie 6 listopada 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/obwieszczenie-prezesa-nfz,7438.html) |
| 08.11.2021 | Zarządzenie Ministra Zdrowia | Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 listopada 2021 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania projektu strategii rozwoju medycyny laboratoryjnej | Zadaniem Zespołu jest opracowanie projektu strategii rozwoju medycyny laboratoryjnej, obejmującej promocję zawodu diagnosty laboratoryjnego, usankcjonowanie nowoczesnych rozwiązań diagnostycznych, rozwój kompetencji diagnostów w ramach odwracania piramidy świadczeń zdrowotnych z naciskiem na profilaktykę wtórną oraz nowoczesne metody wykrywania nowotworów i chorób cywilizacyjnych. | Wejście w życie 6 listopada 2021 r., traci moc z dniem 1 kwietnia 2022 r. | [Zarządzenie z dnia 5 listopada 2021 r. (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/87/akt.pdf) |
| 05.11.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 180/2021/DGL PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 04.11.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia | Zarządzenie stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego  w art. 146 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.  Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem do zarządzenia Nr 72/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21 kwietnia 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia wynikają z konieczności dostosowania przepisów zarządzenia do aktualnego stanu faktycznego w zakresie refundacji leków stosowanych w chemioterapii, tj. do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 21 października 2021 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 listopada 2021 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz.82), wydanego na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 523, z późn. zm.).  Projektowane zmiany wpisują się w kluczowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia cele określone w Strategii na lata 2019-2023 jak: (cel 2) poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz (cel 5) poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej.  Najważniejsze zmiany dotyczą:  1) załącznika nr 1n - katalog leków refundowanych stosowanych w chemioterapii i polegają na:  a) dodaniu kodu GTIN dla substancji czynnej:  - 5.08.10.0000021 - Epirubicini hydrochloridum - GTIN: 05909990796373  - 5.08.10.0000053 - Pemetreksedum - GTIN:05055565768969, 05055565768952, 05055565768976,  - 5.08.10.0000077 - Azacitidinum - GTIN: 07613421045159,  b) usunięciu kodu GTIN dla substancji czynnej:  - 5.08.10.0000087 – Voriconazolum - GTIN: 05909991191917,  - zgodnie ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  2) załącznika nr 2 (wzór umowy) i polegają na dostosowaniu § 4 - Warunki finansowania świadczeń oraz § 5 - Kary umowne załącznika do zarządzenia stanowiącego wzór umowy do przepisów § 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.). Wprowadzone zmiany do wzoru umowy mają charakter porządkowy.  Oznaczenie stosowania przepisów do rozliczania świadczeń w sposób wskazany w § 4 zarządzenia, tj. od dnia 1 listopada 2021 r., wynika z konieczności zapewnienia ciągłości stosowania przepisów w przedmiotowym zakresie, zgodnie z ww. obwieszczeniem Ministra Zdrowia oraz z terminów obowiązywania decyzji administracyjnych Ministra Zdrowia w sprawie objęcie refundacją i określenia ceny urzędowej leków zawartych w niniejszym zarządzeniu.  Mając na uwadze to, iż zmiany przyjęte niniejszym zarządzeniem mają charakter porządkowy, wynikający wprost z przepisów prawa, to tym samym uznano, iż projekt nie podlega konsultacjom społecznym. | Wejście w życie 5 listopada 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1802021dgl,7437.html) |
| 05.11.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 179/2021/DSOZ PREZESA  NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 04.11.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych | Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.).  Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 70/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2021 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych, zmienione zarządzeniem Nr 95/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 maja 2021 r. oraz zarządzeniem Nr 132/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 lipca 2021 r., wprowadza następujące zmiany w stosunku do obowiązującego stanu prawnego:  1. w załączniku nr 1on (katalog onkologicznych świadczeń kompleksowych) na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 357, z późn. zm.) – lp. 25 i 26 załącznika nr 5 (Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku innych świadczeń ambulatoryjnych oraz warunki ich realizacji) oraz w związku ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia (pismo znak: DLG.741.33.2021.WN) wprowadzono możliwość rozliczenia badań rezonansu magnetycznego piersi (RM piersi) w zakresie Kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś), w sytuacji gdy istnieją wskazania medyczne do jego wykonania. Dotychczas badanie było możliwe do rozliczenia w populacji chorych z mutacją BRCA1/BRCA2.  Ponadto w załączniku 1on wprowadzono nowy produkt rozliczeniowy Pobyt diagnostyczny – kod 5.60.01.0000015, możliwy do rozliczenia w ramach Kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG) łącznie z kosztochłonnym badaniem diagnostycznym z katalogu produktów do sumowania, określonego w załączniku nr 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne. Wprowadzone rozwiązanie umożliwia rozliczenie hospitalizacji związanych wyłącznie z wykonaniem kosztochłonnego badania diagnostycznego. Nie dopuszcza się rozliczania produktu 5.60.01.0000015 Pobyt diagnostyczny łącznie z kosztochłonnym badaniem diagnostycznym, z wyjątkiem sytuacji medycznych uzasadniających przeprowadzenie postępowania diagnostycznego w trybie hospitalizacji. Wdrożona zmiana jest zgodna z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2021 r. poz. 542), które przewidują możliwość wykonywania diagnostyki i monitorowania leczenia w Kompleksowej opiece onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG) w trybie hospitalizacji. Jednocześnie usunięto produkt rozliczeniowy Pobyt diagnostyczny - w trybie ambulatoryjnym.  Na zasadzie symetryzacji zmianie uległy odpowiednio przepisy § 18 pkt 13 zarządzenia.  Ponadto z załącznika 1on usunięto produkt rozliczeniowy 5.53.01.0000035 Implantacja portu naczyniowego. Ww. świadczenie z załącznika 1c, realizowane w ramach onkologicznych świadczeń kompleksowych, będzie podlegało rozliczeniu na jednolitych zasadach obowiązujących w rodzaju leczenie szpitalne.  2.W załączniku nr 2 (katalog zakresów świadczeń - onkologiczne świadczenia kompleksowe) dokonano zmiany technicznej kodów zakresów świadczeń. Od dnia 1 stycznia 2022 r. dla dotychczasowych zakresów świadczeń:  - Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś) – kod zakresu 03.4240.020.02 oraz  - Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG) – kod zakresu 03.4240.021.02  będą obowiązywały odpowiednio kody zakresów: 03.4240.010.02 oraz 03.4240.011.02.  Nowe kody zakresów świadczeń zostały uwzględnione na zasadzie symetryzacji w załączniku 1on (załącznik nr 2 do niniejszego zarządzenia) oraz w załączniku nr 3 – określającym szczegółowy opis przedmiotu umowy PSZ w zakresie onkologiczne świadczenia kompleksowe (załącznik nr 4 do niniejszego zarządzenia).  3.Dokonano technicznych zmian w załączniku nr 2 (katalog zakresów świadczeń - onkologiczne świadczenia kompleksowe) polegających na usunięciu jako produktów rozliczeniowych dedykowanych poszczególnym zakresom świadczeń pozycji określonych w kolumnie 6 – katalog produktów odrębnych oraz w kolumnie 8 – katalog radioterapii. Produkty rozliczeniowe z ww. katalogów dedykowane do realizacji w ramach kompleksowych świadczeń onkologicznych zostały zaimplementowane do katalogu onkologicznych świadczeń kompleksowych, stanowiącego załącznik nr 1on i wobec powyższego nie ma konieczności ich wyodrębniania. Jednocześnie dodano w kolumnie 7, jako produkty rozliczeniowe dedykowane poszczególnym zakresom, świadczenia z katalogu produktów do rozliczenia świadczeń udzielanych w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii.  Zaktualizowano użytą w załączniku nr 2 nazwę katalogu 1on – katalog onkologicznych świadczeń kompleksowych.  4.Dodano nowy przepis określający, że do rozliczania onkologicznych świadczeń kompleksowych, w odniesieniu do produktów rozliczeniowych z załącznika 1on, ma zastosowanie współczynnik korygujący o wartości 1,05. Przedmiotowe działania stanowią kontynuację zmian w finansowaniu kompleksowych świadczeń onkologicznych. Przyjęte rozwiązanie ma na celu premiowanie jakości oraz kompleksowości udzielanych świadczeń oraz jest zgodne z wytycznymi Ministra Zdrowia określonymi w piśmie z dnia 29 listopada 2021 r. znak: DLG.736.1.2021.GK.  W wyniku konsultacji uwagi do projektu zgłosiło 5 podmiotów. Uwzględniono te, które miały na celu zachowanie spójności przepisów z zarządzeniem Nr 55/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.). W ostatecznym kształcie zarządzenia nie uwzględniono uwag, które nie dotyczyły przedmiotu opiniowanego projektu. Niektóre z uwag odnoszą się do kwestii merytorycznych, które wymagają analiz i dalszych prac.  Przedmiotowe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.  Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 listopada 2021 r., z wyjątkiem przepisów, o których mowa w:  - § 1 pkt 3 lit. a, które stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 listopada 2021 r. do dnia 31 grudnia 2021 r. oraz  - § 1 pkt 3 lit. b i pkt 4, które stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2022 r.  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania, z wyjątkiem § 1 pkt 3 lit. b oraz pkt 4, które wchodzą w życie z dniem 1 stycznia 2022 r. | Wejście w życie 5 listopada 2021 r. z wyjątkiem § 1 pkt 3 lit. b oraz pkt 4, które wchodzą w życie z dniem 1 stycznia 2022 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1792021dsoz,7436.html) |
| 05.10.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2021 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej | Obowiązujące przepisy umożliwiają wypłacanie zaliczek do końca września 2021 r. W celu umożliwienia Narodowemu Funduszowi Zdrowia, zwanemu dalej „NFZ”, dokonywania wypłat zaliczek w miesiącach październik - grudzień 2021 r., a świadczeniodawcom realizacji niewykonanych świadczeń opieki zdrowotnej zakontraktowanych na 2020 r., za które pobrali zaliczki, istnieje konieczność nowelizacji przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1548, z późn. zm.).  W związku z wprowadzonymi w czasie trwania epidemii ograniczeniami wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej tylko w sytuacjach zagrażających zdrowiu, świadczeniodawcy nie mieli możliwości realizacji świadczeń opieki zdrowotnej z przyczyn niezależnych od nich. Spowodowało to znaczne obniżenie liczby wykonywanych świadczeń, a w efekcie obniżenie wysokości otrzymywanych środków finansowych za udzielone świadczenia. Przyczyniło się to do znacznego pogorszenia sytuacji finansowej świadczeniodawców. Dlatego też wprowadzono regulacje polegające na wypłacie tym świadczeniodawcom wynagrodzenia w formie zaliczkowej. Świadczeniodawcy mogą otrzymać kwoty odpowiadające miesięcznej wartości kwoty zobowiązania określonej w umowie, niezależnie od liczby zrealizowanych świadczeń. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ zostali zobligowani do rozliczenia tych środków, a świadczeniodawcy do wykonania świadczeń opieki zdrowotnej, za które pobrali tzw. „zaliczki”. Pomimo przedłużenia okresu rozliczeniowego świadczeniodawcy nadal mają problemy z rozliczeniem pobranych zaliczkowo środków finansowych.  Proponuje się:  1) umożliwienie rozliczenia środków wypłaconych świadczeniodawcom w formie tzw. „1/12” w kolejnych okresach rozliczeniowych, następujących po 31 grudnia 2021 r., w tym również w ramach innych umów zawartych przez danego świadczeniodawcę z NFZ, a nie tylko w ramach umowy, z którą wiązało się wypłacanie zaliczek;  2) przedłużenie możliwości wypłaty świadczeniodawcom zaliczek tzw. 1/12 kwoty zobowiązania określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w IV kwartale 2021 r. | Wejście w życie 5 listopada 2021 r. z wyjątkiem § 1 pkt 2 lit. b, który  wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, z mocą od dnia 9 marca 2021 r | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2021 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000200301.pdf) |
| 05.10.2021 | Obwieszczenie Ministra Zdrowia | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie warunków występowania o sporządzenie dokumentu elektronicznego potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej | Obwieszczenie jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie warunków występowania o sporządzenie dokumentu elektronicznego potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1500) |  | [Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie warunków występowania o sporządzenie dokumentu elektronicznego potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000199601.pdf) |
| 04.11.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej | Obowiązujące przepisy umożliwiają wypłacanie zaliczek do końca września 2021 r. W celu umożliwienia Narodowemu Funduszowi Zdrowia, zwanemu dalej „NFZ”, dokonywania wypłat zaliczek w miesiącach październik - grudzień 2021 r., a świadczeniodawcom realizacji niewykonanych świadczeń opieki zdrowotnej zakontraktowanych na 2020 r., za które pobrali zaliczki, istnieje konieczność nowelizacji przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1548, z późn. zm.).  W związku z wprowadzonymi w czasie trwania epidemii ograniczeniami wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej tylko w sytuacjach zagrażających zdrowiu, świadczeniodawcy nie mieli możliwości realizacji świadczeń opieki zdrowotnej z przyczyn niezależnych od nich. Spowodowało to znaczne obniżenie liczby wykonywanych świadczeń, a w efekcie obniżenie wysokości otrzymywanych środków finansowych za udzielone świadczenia. Przyczyniło się to do znacznego pogorszenia sytuacji finansowej świadczeniodawców. Dlatego też wprowadzono regulacje polegające na wypłacie tym świadczeniodawcom wynagrodzenia w formie zaliczkowej. Świadczeniodawcy mogą otrzymać kwoty odpowiadające miesięcznej wartości kwoty zobowiązania określonej w umowie, niezależnie od liczby zrealizowanych świadczeń. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ zostali zobligowani do rozliczenia tych środków, a świadczeniodawcy do wykonania świadczeń opieki zdrowotnej, za które pobrali tzw. „zaliczki”. Pomimo przedłużenia okresu rozliczeniowego świadczeniodawcy nadal mają problemy z rozliczeniem pobranych zaliczkowo środków finansowych.  Proponuje się:  1) umożliwienie rozliczenia środków wypłaconych świadczeniodawcom w formie tzw. „1/12” w kolejnych okresach rozliczeniowych, następujących po 31 grudnia 2021 r., w tym również w ramach innych umów zawartych przez danego świadczeniodawcę z NFZ, a nie tylko w ramach umowy, z którą wiązało się wypłacanie zaliczek;  2) przedłużenie możliwości wypłaty świadczeniodawcom zaliczek tzw. 1/12 kwoty zobowiązania określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w IV kwartale 2021 r. | Skierowanie aktu do ogłoszenia | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12351663/12818227/12818228/dokument522736.pdf) |
| 04.11.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia w sprawie składu i sposobu działania komisji orzekającej o stanie zdrowia farmaceuty | Projekt rozporządzenia stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego art. 22 ust. 9 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2021 r. poz. 97), na podstawie którego minister właściwy do spraw zdrowia wyda rozporządzenie, w sprawie określenia składu komisji złożonej z lekarzy specjalistów z odpowiednich dziedzin medycyny, która wydaje orzeczenie o stanie zdrowia farmaceuty oraz sposób jej działania, a także tryb orzekania o stanie zdrowia farmaceuty.  Przedmiotowe rozporządzenie ma na celu określenie wymagań dotyczących osób wchodzących w skład komisji lekarskich, trybu orzekania o niezdolności do wykonywania zawodu oraz szczegółowego sposobu i trybu postępowania  w sprawach zawieszania prawa wykonywania zawodu albo ograniczenia wykonywania określonych czynności zawodowych farmaceuty. Komisja lekarska orzekająca w ww. zakresie ma być powoływana przez właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu okręgową radę aptekarską,. W skład komisji wchodzi trzech lekarzy specjalistów, wykonujących zawód lekarza co najmniej od 5 lat oraz posiadających specjalizację w odpowiedniej dziedzinie medycyny.  Farmaceuta może być poddany niezbędnym badaniom lekarskim i obserwacji w podmiocie leczniczym. Efektem prac komisji jest wydanie orzeczenia w przedmiocie niezdolności farmaceuty do wykonywania zawodu, lub wykonywania ściśle określonych czynności ze względu na stan zdrowia.  Na podstawie orzeczenia komisji lekarskiej okręgowa rada aptekarska podejmuje uchwałę o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu farmaceuty na okres trwania niezdolności do wykonywania zawodu albo uchwałę o ograniczeniu wykonywania ściśle określonych czynności zawodowych na okres trwania niezdolności do wykonywania zawodu. | Skierowanie aktu do ogłoszenia | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12347954/12795079/12795080/dokument507646.pdf) |
| 02.11.2021 | Obwieszczenie Ministra Zdrowia | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2021 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zagrożonych brakiem dostępności na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej | Ustala się na dzień 1 listopada 2021 r. wykaz produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zagrożonych brakiem dostępności na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej |  | [Obwieszczenie (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/86/akt.pdf) |
| 02.11.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego | Zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 2086, z późn. zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem”, wynika z konieczności doprecyzowania przepisu § 11 ust. 5, którego obecne brzmienie budzi wątpliwości interpretacyjne w zakresie umowy, którą powinien zawrzeć oddział u podwykonawcy oraz potrzeby dalszego rozszerzenia programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego. Ponadto, w § 16 ust. 5 dodano ust. 5a, którego celem jest urealnienie liczby personelu danego centrum zdrowia psychicznego w sytuacji, gdy nie jest to jedyny podmiot uprawniony do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze realizacji programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, zwanego dalej „pilotażem”.  W projekcie rozporzadzenia doprecyzowano brzmienie § 11 ust. 5, którego celem jest umożliwienie włączenia do pilotażu w centrach zdrowia psychicznego zakwalifikowanych przez Ministra Zdrowia centrów nie posiadających własnego oddziału psychiatrycznego. Dodatkowo przedmiotowe rozporządzenie rozszerza grono realizatorów pilotażu. | Wejście w życie 30 października 2021 r. | [ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 22 października 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000197601.pdf) |
| 02.11.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe, celem zaopiniowania przez uprawnione podmioty. | Zarządzenie stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, na mocy którego Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zobowiązany jest do określenia przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe.  Postanowieniami zarządzenia wprowadza się zmiany w zarządzeniu Nr 162/2020/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 października 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe, dostosowujące do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 21 października 2021 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 listopada 2021 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 82), wydanego na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 523).  Projektowane zmiany wpisują się w kluczowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia cele określone w Strategii na lata 2019-2023 jak: (cel 2) poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz (cel 5) poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej.  Najważniejsze zmiany dotyczą:  1) brzmienia § 9 pkt 4, § 10 pkt 2 oraz § 18 zarządzenia w związku z dodaniem do obwieszczenia refundacyjnego programu lekowego: „Leczenie raka kolczystokomórkowego skóry” oraz koniecznością kwalifikacji pacjentów do terapii przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorych na Raka Kolczystokomórkowego Skóry;  2) załącznika nr 1k do zarządzenia, określającego Katalog świadczeń i zakresów i polegają na:  a) dodaniu kodu zakresów:  - 03.0000.421.02 „Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona”,  - 03.0000.424.02 „Leczenie chorych z ciężką postacią atopowego zapalenia skóry”,  - 03.0000.425.02 „Leczenie chorych na zaawansowanego raka kolczystokomórkowego skóry cemiplimabem”,  - 03.0000.426.02 „Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek”,  - 03.0000.427.02 „Leczenie dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną”,  b) zmianie nazwy kodu zakresu 03.0000.403.02 z „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem lub wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem” na „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem”,  - w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  3) załącznika nr 1l do zarządzenia, określającego Katalog ryczałtów za diagnostykę i polegają na:  a) dodaniu kodów świadczeń:  - 5.08.08.0000162 „Diagnostyka w programie leczenia amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona – 1 rok terapii”,  - 5.08.08.0000163 „Diagnostyka w programie leczenia amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona – 2 rok terapii”,  - 5.08.08.0000164 „Diagnostyka w programie leczenia chorych z ciężką postacią atopowego zapalenia skóry”,  - 5.08.08.0000165 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na zaawansowanego raka kolczystokomórkowego skóry cemiplimabem”,  - 5.08.08.0000166 „Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek”,  - 5.08.08.0000167 „Diagnostyka w programie leczenia dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną”,  - 5.08.08.0000168 „Diagnostyka w programie leczenia dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną – 2 i kolejny rok terapii”,  b) zmianie nazwy świadczenia o kodzie 5.08.08.0000127 z „Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem lub wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem – 1 rok terapii” na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem – 1 rok terapii”,  c) zmianie nazwy świadczenia o kodzie 5.08.08.0000128 z „Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem lub wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem – 2 i kolejny rok terapii” na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem – 2 i kolejny rok terapii”,  - w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  4) załącznika nr 1m do zarządzenia, określającego Katalog leków refundowanych stosowanych w programach lekowych i polegają na:  a) dodaniu kodów GTIN dla substancji czynnych:  - 5.08.09.0000006 Bevacizumabum - GTIN: 05901797710989, 05901797710972,  - 5.08.09.0000023 Factor VIII coagulationis humanus recombinate - GTIN: 05909990819515, 05909990010554, 05909990819317, 05909990819416,  - 5.08.09.0000162 Karfilzomib - GTIN: 05909991298470, 05909991256388,  - 5.08.09.0000170 Benralizumabum – GTIN: 05000456059213,  b) dodaniu substancji czynnych i kodów GTIN:  - 5.08.09.0000209 Amifampridinum – GTIN: 05055956400706,  - 5.08.09.0000210 Brolucizumabum – GTIN: 07613421034993,  - 5.08.09.0000211 Cemiplimabum – GTIN: 05909991408329,  - 5.08.09.0000212 Dupilumabum – GTIN: 05909991341435,  - 5.08.09.0000213 Levofloxacinum – GTIN: 08025153003014,  - 5.08.09.0000214 Tolvaptanum – GTIN: 05038256002115, 05038256002122, 05038256002139,  - 5.08.09.0000215 Tyldrakizumabum – GTIN: 08430308131700,  - w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym,  5) załącznika nr 2, określającego wzór umowy i polegają na dostosowaniu brzmienia § 4 „Warunki finansowania świadczeń” oraz brzmienia § 5 „Kary umowne” do przepisów wynikających z treści § 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.)  - zmiana ma charakter porządkujący;  6) załącznika nr 3 do zarządzenia, określającego Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu programów lekowych i polegają na:  a) zmianie wymagań dla programu B.61. Leczenie chorych na wczesnodziecięcą postać cystynozy nefropatycznej w części „organizacja udzielania świadczeń”, w związku z wnioskiem Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ;  b) zmianie nazwy zakresu dla programu B.103. z „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem lub wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem” na „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem”, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  c) zmianie wymagań dla programu B.103. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem w części „pozostałe”, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  d) zmianie wymagań dla programu B.120. Leczenie chorych na cukrzycowy obrzęk plamki (DME) w części „pozostałe”, w uzgodnieniu z Konsultantem Krajowym w dziedzinie okulistyki;  e) zmianie wymagań dla programu B.123. Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona w części „organizacja udzielania świadczeń”, w związku z wnioskiem Pana prof. dr hab. n. med. Piotra Sochy;  f) dodaniu wymagań dla programów lekowych:  - B.121. Leczenie amifamprydyną pacjentów z Zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona,  - B.124. Leczenie chorych z ciężką postacią atopowego zapalenia skóry,  - B.125. Leczenie chorych na zaawansowanego raka kolczystokomórkowego skóry cemipilimabem,  - B.126. Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek,  - B.127. Leczenie dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną,  - w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  7) załącznika nr 4 do zarządzenia, określającego Wykaz programów lekowych i polegają na:  a) dodaniu substancji czynnej lewofloksacyna w programie lekowym B.27. „Leczenie przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą”,  b) dodaniu substancji czynnej tyldrakizumab w programie lekowym B.47. „Leczenie umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej”,  c) dodaniu substancji czynnej brolucizumab w programie lekowym B.70. „Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD)”,  d) zmianie nazwy programu lekowego B.103. z „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem lub wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem” na „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem”,  e) dodaniu programów lekowych:  - B.121. Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona,  - B.124. Leczenie chorych z ciężką postacią atopowego zapalenia skóry,  - B.125. Leczenie chorych na zaawansowanego raka kolczystokomórkowego skóry cemiplimabem,  - B.126. Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek,  - B.127. Leczenie dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną,  - w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  8) załącznika nr 5 do zarządzenia, określającego katalog współczynników korygujących w programach lekowych i polegają na obniżeniu progu kosztowego uprawniającego do zastosowania współczynnika korygującego dla substancji czynnych o kodach:  - 5.08.09.0000001 adalimumabum: z 4,6955 na 4,0209,  - 5.08.09.0000018 etanerceptum: z 4,8 na 4,2084,  po analizie średnich cen leków w miesiącu sierpniu 2021 roku;  9) załącznika nr 9 do zarządzenia, określającego zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia chorób ultrarzadkich oraz weryfikację jego skuteczności, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  10) załącznika nr 10 do zarządzenia, określającego zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej oraz weryfikację jego skuteczności, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  11) dodania załącznika nr 26 do zarządzenia, określającego zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia chorych na raka kolczystokomórkowego skóry, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym.  Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący.  Brzmienie w § 4 i 5 zarządzenia wynika z konieczności zapewnienia ciągłości stosowania przepisów, zgodnie z ww. obwieszczeniem Ministra Zdrowia oraz zgodności z terminami obowiązywania decyzji administracyjnych Ministra Zdrowia w sprawie objęcia refundacją i określenia ceny urzędowej leków zawartych w niniejszym zarządzeniu.  Wobec powyższego zarządzenie stosuje się do świadczeń udzielanych od dnia 1 listopada 2021 r., z wyjątkiem:  1) załącznika, o którym mowa w § 1:  a) w pkt 8 lit. a do niniejszego zarządzenia, który stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 listopada 2021 r. do dnia 31 grudnia 2021 r.;  b) w pkt 8 lit. b niniejszego zarządzenia, który stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2022 r.  2) § 1 pkt 7, w zakresie do załącznika nr 5 do zarządzenia, który stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 grudnia 2021 r.  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania, z wyjątkiem § 1 pkt 4 w zakresie świadczeń o kodach 5.08.08.0000154 i 5.08.08.0000155 oraz § 1 pkt 8 lit. b, które wchodzą w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.  Zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zasięgnie opinii właściwych konsultantów krajowych, a także zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ustawy o świadczeniach, zasięgnie opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców. | opinie i uwagi do dnia 12 listopada 2021 r., [sekretariat.dgl@nfz.gov.pl](mailto:sekretariat.dgl@nfz.gov.pl) | [Projekty zarządzeń / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/projekty-zarzadzen/projekt-zarzadzenia-leczenie-szpitalne-programy-lekowe,6753.html) |
| 02.11.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 178/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 29.10.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne– świadczenia kompleksowe | Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.  Przedmiotowa zmiana w zakresie merytorycznym wynika bezpośrednio (symetryzacja przepisów) z zarządzenia Nr 55/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne.  W niniejszym zarządzeniu zmieniającym zarządzenie Nr 166/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe wprowadzono zmiany w związku z opublikowanym obwieszczeniem Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 29 września 2021 r. w sprawie taryfy dla świadczeń gwarantowanych z obszaru kardiochirurgii obejmujących pomostowanie naczyń wieńcowych. Opublikowane obwieszczenie dotyczy taryfy dla świadczeń gwarantowanych z obszaru kardiochirurgii obejmujących pomostowanie naczyń wieńcowych:  - Pomostowanie naczyń wieńcowych z plastyką;  - Pomostowanie naczyń wieńcowych z pw >=2;  - Pomostowanie naczyń wieńcowych bez pw  W związku z tym, w zarządzeniu dokonano modyfikacji w obrębie grup obejmujących procedury pomostowania aortalno-wieńcowego, polegających na utworzeniu trzech grup w miejsce czterech istniejących dotychczas. Pozostawiono grupę E04 łączącą w ramach jednej hospitalizacji procedury interwencyjne z zabiegami kardiochirurgicznymi. Z uwagi na fakt, iż przeprowadzone przez AOTMiT analizy wykazały brak wpływu wieku pacjentów na koszty leczenia, natomiast wysoki wpływ innych czynników (m.in.: „NYHA<II”, "komplikacje", "LVEF<32", "leki inotropowe","EGFR<62", "choroby nerek", "migotanie napadowe", "J960 J969" ), dotychczasowe grupy E05, E06 i E07 połączono i dokonano podziału na dwa produkty, zróżnicowane występowaniem powikłań lub ich brakiem: E05G - Pomostowanie naczyń wieńcowych z pw >=2 oraz E06G - Pomostowanie naczyń wieńcowych bez pw. Jednocześnie podwyższono, zgodnie z opublikowaną taryfą, wycenę przedmiotowych świadczeń, co pozwoli na utrzymanie wysokiego standardu leczenia w sytuacji rosnących kosztów wynikających ze wzrostu płac, który powoduje wzrost kosztów funkcjonowania oddziałów i procedur na bloku operacyjnym.  Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320 z późn. zm.), zostanie poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 14 dni. W ramach konsultacji projekt zostanie przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.  Skutki finansowe wprowadzonej zmiany zostały uwzględnione w zarządzeniu zmieniającym (projekt z dnia 06 października 2021 r.) zarządzenie Nr 55/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn zm.).  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 listopada 2021 r. | Wejście w życie 1 listopada 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1782021dsoz,7435.html) |
| 02.11.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 177/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 29.10.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne | Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”. W niniejszym zarządzeniu zmieniającym zarządzenie Nr 55/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne wprowadzono zmiany w związku z opublikowanym obwieszczeniem Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 29 września 2021 r. w sprawie taryfy dla świadczeń gwarantowanych z obszaru kardiochirurgii obejmujących pomostowanie naczyń wieńcowych:  - Pomostowanie naczyń wieńcowych z plastyką;  - Pomostowanie naczyń wieńcowych z pw >=2;  - Pomostowanie naczyń wieńcowych bez pw.  W związku z tym, w zarządzeniu dokonano modyfikacji w obrębie grup obejmujących procedury pomostowania aortalno-wieńcowego, polegających na utworzeniu trzech grup w miejsce czterech istniejących dotychczas. Pozostawiono grupę E04 łączącą w ramach jednej hospitalizacji procedury interwencyjne z zabiegami kardiochirurgicznymi. Z uwagi na fakt, iż przeprowadzone przez AOTMiT analizy wykazały brak wpływu wieku pacjentów na koszty leczenia, natomiast wysoki wpływ innych czynników (m.in.: „NYHA<II”, "komplikacje", "LVEF<32", "leki inotropowe","EGFR<62", "choroby nerek", "migotanie napadowe", "J960 J969" ), dotychczasowe grupy E05, E06 i E07 połączono i dokonano podziału na dwa produkty, zróżnicowane występowaniem powikłań lub ich brakiem: E05G - Pomostowanie naczyń wieńcowych z pw >=2\* oraz E06G - Pomostowanie naczyń wieńcowych bez pw\*. Jednocześnie podwyższono, zgodnie z opublikowaną taryfą, wycenę przedmiotowych świadczeń, co pozwoli na utrzymanie wysokiego standardu leczenia w sytuacji rosnących kosztów wynikających ze wzrostu płac, który powoduje wzrost kosztów funkcjonowania oddziałów i procedur na bloku operacyjnym. Na podstawie „Analizy kosztów zabiegów kardiochirurgicznych obejmujących operacje wad serca i aorty piersiowej” (opracowanie nr WT.5403.28.2021), z 14 września 2021 r. opracowanej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zarekomendowano Prezesowi Funduszu pozostawienie aktualnych taryf zabiegów kardiochirurgicznych obejmujących operacje wad serca i aorty piersiowej na obecnym poziomie z jednoczesnym usunięciem warunku ujęcia w wycenie 36/60 godzin opieki pooperacyjnej oraz umożliwienie dosumowania preparatów krwi i produktów krwiopochodnych. Zgodnie z tym, dokonano stosownych zmian w załączniku nr 1 ws do zarządzenia, który stanowi katalog operacji wad serca i aorty piersiowej. Zmiany w obrębie załącznika nr 1c do zarządzenia mają charakter porządkujący. Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320 z późn. zm.), zostanie poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 14 dni. W ramach konsultacji projekt zostanie przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach. Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Wprowadzane zmiany powodują skutki finansowe dla świadczeń gwarantowanych z obszaru kardiochirurgii po stronie płatnika w wysokości 82 083 328 mln. Skutek finansowy dla pozostałych wprowadzanych niniejszym zarządzeniem zmian w chwili obecnej nie jest możliwy do oszacowania.  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 listopada 2021 r. | Wejście w życie 1 listopada 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1772021dsoz,7434.html) |
| 02.11.2021 | Ustawa | Projekt ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej | Choroby nowotworowe stanowią jedną z najczęstszych przyczyn zgonów Polaków. Bezwzględna liczba nowotworów złośliwych w kraju stale wzrasta, czego przyczyną jest zarówno proces starzenia się społeczeństwa, jak i wzrost narażenia na czynniki związane ze stylem życia.  W 2018 r. odnotowano w Rzeczypospolitej Polskiej 167,4 tys. zachorowań na nowotwory złośliwe (83,6 tys. mężczyzn i 83,9 tys. kobiet). Liczba zachorowań w 2019 r. została oszacowana na 177,4 tys. (88,4 tys. mężczyzn i 89,0 tys. kobiet), a w 2020 r. na 182,5 tys. (91,3 tys. mężczyzn i 91,3 tys. kobiet). Według prognozy Krajowego Rejestru Nowotworów w kolejnych latach odnotowany zostanie wzrost zachorowań.  Mając na względzie wskazaną przez Najwyższą Izbę Kontroli niewydolność obecnego systemu opieki onkologicznej, w tym m.in. nieskoordynowaną opiekę nad pacjentem, co wpływa na niezadowalające wyniki leczenia nowotworów, a także prognozowany wzrost zachorowań na choroby nowotworowe oraz wynikające z tego trendu skutki w postaci dużej śmiertelności, poważnych konsekwencji społecznych, w tym pogorszania jakości życia chorych i ich rodzin oraz znacznych obciążeń finansowych związanych z leczeniem tych chorób dla obywateli i finansów publicznych, konieczne jest przeorganizowanie systemu, a tym samym zwiększenie jakości oraz skuteczności diagnostyki i leczenia pacjentów, u których podejrzewa się lub zdiagnozowano nowotwór.  Projektowana regulacja wprowadza nową strukturę organizacyjną i nowy model zarządzania opieką onkologiczną, które usprawnią organizację systemu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie onkologii. Szpitale, spełniające kryteria kwalifikacyjne określone w ustawie, utworzą Krajową Sieć Onkologiczną, zwaną dalej „KSO”.  KSO to struktura funkcjonalna w zakresie organizacji i zarządzania opieką onkologiczną w zakresie onkologii dorosłych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. KSO będą tworzyć podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711), oraz diagnostykę w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia, zwanym dalej „NFZ”, w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego, spełniające wymagania określone w ustawie.  Strukturę KSO będą tworzyły Specjalistyczne Ośrodki Leczenia Onkologicznego III, II i I poziomu referencyjnego (SOLO III poziomu, SOLO II poziomu, SOLO I poziomu) wraz z Centrami Kompetencji i Ośrodkami Satelitarnymi, jak również Ośrodki Kooperacyjne. Tylko podmioty lecznicze wchodzące w skład KSO będą uprawnione do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki onkologicznej finansowanych ze środków publicznych.  KSO zapewni wystandaryzowaną strukturę wyspecjalizowanych, referencyjnych Specjalistycznych Ośrodków Leczenia Onkologicznego, w ramach której najbardziej skomplikowane świadczenia opieki zdrowotnej będą realizowane na poziomie wysokospecjalistycznym (SOLO III poziomu), złożone świadczenia opieki zdrowotnej na poziomie specjalistycznym (SOLO II poziomu), a najprostsze świadczenia opieki zdrowotnej na poziomie podstawowym (SOLO I poziomu).  Monitorowanie KSO będą prowadzić Krajowy Ośrodek Monitorujący (KOM) i Wojewódzkie Ośrodki Monitorujące (WOM).  Projekt ustawy przewiduje utworzenie Krajowej Rady Onkologicznej, która będzie pełnić funkcję opiniodawczo-doradczą dla ministra właściwego do spraw zdrowia.  Kwalifikacja na poszczególne poziomy zabezpieczenia opieki onkologicznej będzie procesem wystandaryzowanym, opartym na obiektywnych kryteriach odnoszących się do liczby i kwalifikacji personelu medycznego, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, możliwości diagnostyczno-terapeutycznych, w określonej dziedzinie medycyny, zapewniających odpowiednią jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń gwarantowanych, liczby leczonych pacjentów oraz wykonywanych procedur medycznych w ustalonych zakresach.  Kwalifikacji SOLO na poszczególne poziomy zabezpieczenia opieki onkologicznej i okresowej weryfikacji spełniania, przez podmioty lecznicze zakwalifikowane do KSO, minimalnych kryteriów warunkujących przynależność do danego poziomu zabezpieczenia opieki onkologicznej, będzie dokonywała Krajowa Rada Onkologiczna w porozumieniu z NFZ na podstawie danych wygenerowanych przez NFZ ze zintegrowanego systemu informatyczno-analitycznego KSO.  Weryfikacji spełniania przez podmiot leczniczy zakwalifikowany do KSO odpowiedniego poziomu wskaźników jakości opieki onkologicznej, decydującego o zakresach świadczeń opieki onkologicznej kwalifikujących się do finansowania w ramach KSO, będzie dokonywała, co 12 miesięcy, Krajowa Rada Onkologiczna na podstawie raportów opracowywanych przez NFZ.  Weryfikacja spełniania przez podmiot leczniczy zakwalifikowany do KSO na określony poziom zabezpieczenia opieki onkologicznej minimalnych kryteriów warunkujących przynależność do danego poziomu zabezpieczenia opieki onkologicznej będzie dokonywana co 24 miesiące. Wyniki weryfikacji będą decydować o pozostaniu SOLO na danym poziomie zabezpieczenia opieki onkologicznej, zmianie poziomu zabezpieczenia opieki onkologicznej na wyższy, zmianie poziomu zabezpieczenia opieki onkologicznej na niższy, jak również wyłączeniu z KSO.  Podmioty lecznicze wchodzące w skład KSO zobowiązane będą do przekazywania danych do zintegrowanego systemu informatyczno-analitycznego KSO, stanowiącego moduł systemu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 666, z późn. zm.). System ten będzie m.in. umożliwiał generowanie raportów o poziomie jakości opieki onkologicznej w ramach KSO.  Podmiotem obowiązanym do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach KSO będzie NFZ.  NFZ, na poziomie ogólnopolskim i wojewódzkim, będzie odpowiedzialny za prowadzenie infolinii onkologicznej, dzięki której pacjent będzie mógł się dowiedzieć jaki jest czas oczekiwania na poszczególne świadczenia w poszczególnych podmiotach KSO, który podmiot jakie świadczenia realizuje oraz otrzymać wskazówki gdzie się powinien zgłosić.  Ustanowienie KSO ma na celu wzrost efektywności jakości leczenia nowotworów, a także rehabilitacji pacjentów z chorobami nowotworowymi, zarówno w skali całego kraju, jak i w odniesieniu do społeczności lokalnych, dzięki standaryzacji i koordynacji procedur wysokospecjalistycznych oraz monitorowaniu jakości. W konsekwencji umożliwi to odwrócenie niekorzystnych trendów epidemiologicznych oraz pozwoli na obniżenie społecznych kosztów obciążenia chorobami nowotworowymi.  KSO ma zapewnić, aby nie pominięto żadnego z etapów opieki onkologicznej, a ich realizacja przebiegała według ściśle określonych standardów, przy współpracy specjalistów różnych dziedzin. Priorytetem w tym zakresie jest, aby każdy pacjent, niezależnie od miejsca zamieszkania, otrzymywał opiekę onkologiczną opartą o jednakowe standardy diagnostyczno-terapeutyczne, czyli jednolicie zdefiniowane ścieżki pacjenta, a system elastycznie odpowiadał na ich potrzeby.  Oczekiwanym efektem wprowadzenia KSO jest poprawa bezpieczeństwa i jakości leczenia onkologicznego, poprawa satysfakcji pacjenta oraz optymalizacja kosztowa opieki onkologicznej. | Konsultacje społeczne do 19 listopada 2021 r. ([onkologia@mz.gov.pl](mailto:onkologia@mz.gov.pl)) | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/2/12352861/12825341/12825342/dokument527553.pdf) |
| 29.10.2021 | Uchwała Rady Ministrów | Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie przyjęcia harmonogramu wdrażania Narodowej Strategii Onkologicznej na 2022 rok | Zgodnie z Ustawą z dnia 26 kwietnia 2019 r. o Narodowej Strategii Onkologicznej (Dz. U. poz. 969), Strategia realizowana jest w oparciu o harmonogram wdrażania Strategii, uwzględniający w szczególności koszty realizacji i źródła finansowania działań określonych w Strategii, obejmujący okres roku kalendarzowego.  Projekt harmonogramu wdrażania Strategii na kolejny rok kalendarzowy przedstawiany jest Radzie Ministrów corocznie, nie później niż do dnia 30 września i przyjmowany jest w drodze uchwały. | Planowany termin przyjęcia projektu przez RM - IV kwartał 2021 r. | [Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie przyjęcia harmonogramu wdrażania Narodowej Strategii Onkologicznej na 2022 rok - Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów - BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (kprm.gov.pl)](https://archiwum.bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-rady-ministrow/prace-legislacyjne-rm-i/prace-legislacyjne-rady/wykaz-prac-legislacyjny/r902058920,Projekt-uchwaly-Rady-Ministrow-w-sprawie-przyjecia-harmonogramu-wdrazania-Narodo.html) |
| 29.10.2021 | Uchwała Rady Ministrów | Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia programu inwestycyjnego pod nazwą „Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych” | „Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych”, zwany dalej „Programem”, stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1875). Wprowadzenie Programu umożliwi realizację celu określonego w ww. ustawie, tj. modernizacji, przebudowy lub doposażenia podmiotów leczniczych w ramach Subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych oraz finasowanie działań w następujących obszarach:  1) wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;  2) wymiana łóżek szpitalnych;  3) wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego.  Przesłanką dla wprowadzenia rozwiązań planowanych w ramach Programu jest konieczność stworzenia mechanizmów finansowych dla podjęcia pilnych i skoordynowanych działań zapewniających zarówno modernizację infrastruktury budowlanej, jak i systematyczne uzupełnianie i odnawianie zużytej oraz wyeksploatowanej bazy sprzętowej podmiotów leczniczych, w celu zwiększenia dostępności i podniesienia jakości świadczonych usług medycznych, poprawy komfortu pacjentów oraz zapewnienie warunków do racjonalnego, nowoczesnego, kompleksowego i skutecznego leczenia.  Głównym problem podmiotów prowadzących działalność leczniczą jest niespełnianie przez nie wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 595, z późn. zm.). Większość budynków, w których są zlokalizowane placówki medyczne, powstała w latach 50-60 XX wieku lub wcześniej, a przeprowadzane dotychczas prace w zakresie modernizacji pozwalały jedynie na fragmentaryczne odtwarzanie infrastruktury. Budynki są stare i wyeksploatowane, więc infrastruktura w większości przypadków nie spełnia standardów efektywnego wykorzystania i wymaga modernizacji, w tym także dostosowania do potrzeb osób o różnym stopniu niepełnosprawności. Stałej poprawy wymaga infrastruktura budowlana i techniczna podmiotów leczniczych, której pogarszający się stan może powodować istotne obniżenie jakości świadczonych usług. Kontynuacji wymagają także inwestycje w zakresie dostosowywania szpitali do wymogów przestrzennych, sanitarnych oraz instalacyjnych, ponieważ wciąż, mimo realizacji wieloletnich zadań inwestycyjnych, Najwyższa Izba Kontroli zidentyfikowała braki w tym zakresie.  Zły stan infrastruktury, zarówno budowlanej jak i sprzętowej, wpływa na całokształt jakości opieki medycznej nad pacjentem, generuje również ryzyko występowania zakażeń szpitalnych, które są istotnym problemem nie tylko w kontekście kosztów, ale także bezpieczeństwa pacjentów. Dodatkowo, wyeksploatowane obiekty generują coraz większe koszty ich utrzymania, co wymusza konieczność zwiększania nakładów na naprawy i remonty. Generowane w ten sposób koszty ograniczają możliwości rozwojowe podmiotów leczniczych i ograniczają dostępność świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów.  Jednocześnie zmieniająca się sytuacja epidemiologiczno-demograficzna kraju oraz dynamiczny postęp wiedzy technologicznej i medycznej wymaga wprowadzania określonych zmian mających na celu zoptymalizowanie alokacji zasobów ochrony zdrowia, polegających przede wszystkim na dostosowaniu potencjału infrastruktury diagnostyczno-leczniczej do obowiązujących wymogów i potrzeb społeczeństwa. Infrastruktura, zarówno budowlana jak i sprzętu medycznego, jest jednym z elementów absolutnie niezbędnych do zapewniania dostępności wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej.  Brak wsparcia infrastruktury podmiotów leczniczych wpływa na:  1) pogorszenie jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;  2) spadek lub brak dostępności świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów;  3) wydłużenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej;  4) spadek bezpieczeństwa i komfortu, zarówno pacjentów i ich rodzin, jak i kadry podmiotów leczniczych;  5) ryzyko niespełnienia wymogów sanitarnych i technicznych oraz współczesnych standardów opieki szpitalnej;  6) rosnące koszty coraz częstszych napraw i remontów poszczególnych części infrastruktury szpitali;  7) rosnące koszty eksploatacyjne;  8) problemy z dostosowaniem się do zmieniających się technologii leczenia;  9) problemy z dostosowaniem potencjału infrastruktury diagnostyczno-leczniczej do potrzeb społeczeństwa.  Ad. 1. Wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych.  Prognoza demograficzna dla Rzeczypospolitej Polskiej wskazuje, iż odsetek osób w wieku powyżej 65 lat wzrośnie do 2060 r. ponad dwukrotnie – do 34,5% i będzie należał do jednego z najwyższych w Europie. Podobnie dla populacji powyżej 80 lat, odsetek tej grupy wiekowej wzrośnie blisko czterokrotnie z 3,3% do 12,3% w 2060 r. Tendencje te potwierdza również raport Banku Światowego w odniesieniu do stanu i perspektyw opieki długoterminowej w Rzeczypospolitej Polskiej. Dane wskazują na konieczność podjęcia działań wspierających opiekę medyczną nad osobami w wieku podeszłym ze szczególnym uwzględnieniem inwestycji w infrastrukturę udzielania świadczeń z zakresu geriatrii i opieki długoterminowej.  Szpitale w kraju dysponują 200 398 łóżkami o średnim obłożeniu 70%. We wszystkich województwach średnie obłożenie faktyczne jest niższe niż przyjęty poziom optymalny 80%, co wskazuje skalę potencjalnych przekształceń w systemie opieki szpitalnej. Po zestawieniu obecnego średniego obłożenia łóżek i optymalnego obłożenia na poziomie 80% widoczny jest potencjał na przybliżonym poziomie 19 070 łóżek do zagospodarowania na cele przekształceń oddziałów o zwiększonym zapotrzebowaniu na świadczenia zdrowotne, w tym na potrzeby oddziałów geriatrii i na łóżka opieki długoterminowej.  Mając na uwadze niewielką liczbę oddziałów geriatrycznych w kraju (62 oddziały z łączną liczbą 1 208 łóżek), długi czas oczekiwania na świadczenie (najdłuższy średni czas oczekiwania w przypadku stabilnym w 2019 r. wyniósł 105 dni w woj. dolnośląskim, przy czym średnio pacjenci czekali 41 dni) oraz wielochorobowość pacjentów starszych można przyjąć, iż pacjenci są alokowani w większości na inne dostępne oddziały, co oznacza, że brakuje bazy łóżkowej dla pacjentów geriatrycznych.  Skutkiem oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane seniorom jest pogłębienie się niesprawności i niesamodzielności, znaczny spadek jakości ich życia, a przede wszystkim opóźnienie diagnostyki i wdrożenia odpowiedniego leczenia skutkujące mniejszymi szansami na wyleczenie lub osiągnięcie pożądanego efektu klinicznego. Kolejka oczekujących powoduje również, iż rosną koszty leczenia pacjenta.  Z przeprowadzonej przez Ministerstwo Zdrowia w 2020 r. oceny stanu infrastruktury oddziałów geriatrycznych w Rzeczypospolitej Polskiej, wynika, że istnieje wysoki odsetek (16%) szpitali, które oceniły stan infrastruktury jako nieodpowiedni i niedostosowany do potrzeb społeczeństwa.  Postępujące starzenie się populacji wpływa również na dostępność do świadczeń opieki długoterminowej oraz powoduje znaczne obciążenie systemu ochrony zdrowia i brak możliwości zapewnienia wszystkim natychmiastowego dostępu, co jest istotne z punktu widzenia zachowania ciągłości leczenia pacjentów. Pobyt pacjentów w zakładach opiekuńczo-leczniczych lub zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych jest zdecydowanie dłuższy niż w oddziałach szpitalnych, a jego celem jest przywrócenie pacjentowi możliwie jak największej sprawności fizycznej oraz psychicznej. Najdłuższy przeciętny rzeczywisty czas oczekiwania w przypadku stabilnym na przyjęcie pacjenta do zakładu lub oddziału opiekuńczo-leczniczego wyniósł w lutym 2020 r. 593 dni (w woj. małopolskim), przy czym średnio pacjenci czekali na przyjęcie 294 dni. Natomiast najdłuższy przeciętny rzeczywisty czas oczekiwania w przypadku stabilnym na przyjęcie pacjenta do zakładu lub oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego wynosił w lutym 2020 r. 321 dni (w woj. kujawsko-pomorskim), przy czym średnio pacjenci czekali na przyjęcie 144 dni. Wzrastająca liczba osób wymagających świadczeń w ramach opieki długoterminowej i bardzo długi czas oczekiwania na przyjęcie do ośrodków stacjonarnej opieki długoterminowej, wskazuje na ograniczoną liczbę dostępnych miejsc w tych ośrodkach.  Przeprowadzona przez Ministerstwo Zdrowia w 2020 r. ocena stanu infrastruktury w stacjonarnych zakładach opiekuńczo-leczniczych/zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych w Rzeczypospolitej Polskiej, wskazała że istnieje dość duży odsetek udziału powierzchni (45%), który został oceniony pod względem stanu infrastruktury jako nieodpowiedni i niedostateczny mając na uwadze bardzo duże zużycie, awaryjność, ubytki w wykończeniu, instalacjach i wyposażeniu – ich stopień degradacji jest na bardzo wysokim poziomie i z roku na rok może generować coraz wyższe koszty utrzymania.  Zidentyfikowane problemy:  1) ograniczona dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów geriatrycznych;  2) ograniczona dostępność do świadczeń opieki długoterminowej w zakładach opiekuńczo-leczniczych lub zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych;  3) długi czas oczekiwania na przyjęcie pacjenta w zakładach opiekuńczo-leczniczych lub zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz na oddziałach geriatrycznych;  4) duży odsetek (45%) powierzchni infrastruktury w stacjonarnych zakładach opiekuńczo-leczniczych lub zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych jest w nieodpowiednim stanie technicznym.  Ad. 2. Wymiana łóżek szpitalnych.  Łóżka szpitalne to niezbędny element wyposażenia podmiotów leczniczych, który ma duży wpływ na przebieg leczenia, rekonwalescencji oraz ogólne samopoczucie pacjenta.  Zdiagnozowanym problemem, jest jakość łóżek szpitalnych, które są wykorzystywane w hospitalizacji. W wyniku przeprowadzonego przez Ministerstwo Zdrowia badania w 2020 r. dotyczącego oceny stanu i stopnia zużycia infrastruktury łóżek szpitalnych w podmiotach leczniczych zakwalifikowanych do Systemu Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej, stwierdzono, że okres eksploatacji 58% wszystkich wykorzystywanych łóżek przekracza 12 lat. Łóżka, ze względu na długi okres eksploatacji, są niedostosowane do aktualnych wymogów i potrzeb, a także nie spełniają funkcji, jakie powinny pełnić w procesie leczenia szpitalnego i rekonwalescencji. Ze względów sanitarnych i technologicznych powinny zostać wycofane z eksploatacji. Przeprowadzone badanie stanu infrastruktury łóżek szpitalnych wykazało, że 2 na 3 łóżka szpitalne kwalifikują się do pilnej wymiany.  Zidentyfikowane problemy:  1) niska jakość łóżek szpitalnych obniża bezpieczeństwo hospitalizowanych pacjentów, a także może w sposób znaczący opóźnić powrót pacjenta do zdrowia;  2) przestarzałe łóżka o ograniczonej funkcjonalności i w złym stanie technicznym zmniejszają komfort pacjentów zwłaszcza w trakcie długotrwałych hospitalizacji, ograniczają samodzielność pacjenta w codziennym funkcjonowaniu w trakcie leczenia, a także przyczyniają się do wypadków w trakcie hospitalizacji;  3) zły stan techniczny łóżek szpitalnych, przez wyeksploatowanie materiału, z którego są wykonane oraz trudności w skutecznym czyszczeniu i dezynfekcji, generuje ryzyko występowania i dłuższego utrzymywania się zakażeń szpitalnych, które są istotnym problemem nie tylko w kontekście kosztów, ale także bezpieczeństwa pacjentów;  4) brak nowych łóżek o dużej funkcjonalności, które wpłynęłyby na poprawę warunków pobytu pacjentów oraz warunków pracy personelu medycznego.  Ad. 3. Wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego.  W ostatniej dekadzie można zauważyć w Rzeczypospolitej Polskiej wzrost udziału zgonów z powodu upadków, wypadków komunikacyjnych, zatruć, utonięć, działań ognia, dymu oraz płomieni. We wszystkich wymienionych kategoriach, wg według oszacowań szacunków Eurostatu, zagrożenie życia w Rzeczypospolitej Polskiej jest wyższe niż przeciętne w krajach Unii Europejskiej. W celu zapewnienia pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w Polsce działa system Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM) obejmujący świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w stanie nagłego zagrożenia zdrowia i życia w ramach tzw. pomocy w stanie nagłym. System ten stanowi swego rodzaju sieć naczyń połączonych, w przypadku której brak lub zaburzenie funkcjonowania któregokolwiek z elementów wpływa na niską skuteczność działania systemu jako całości.  Pomimo znaczącej poprawy wyposażenia i funkcjonowania dotychczasowej infrastruktury ratownictwa medycznego, nadal istnieją potrzeby doposażenia, wymiany sprzętu i modernizacji infrastruktury jednostek systemu oraz jednostek z nim współpracujących w każdym jego ogniwie, na każdym etapie udzielania pomocy w stanie nagłym w ramach łańcucha przeżycia. System PRM wymaga wzmocnienia zarówno na etapie poza szpitalnym, czyli w zakresie wyposażenia Zespołów Ratownictwa Medycznego (ZRM) w środki transportu sanitarnego (ambulanse), jak i szpitalnym, czyli w odniesieniu do Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (SOR), Centrów Urazowych (CU) i Centrów Urazowych dla Dzieci (CUD).  Z uwagi na częste wyjazdy ZRM, odbywające się w trudnych warunkach drogowych, warunkach jazdy ekstremalnej, ambulanse uzyskuje uzyskują znaczny przebieg w krótkim czasie, a w konsekwencji podlegają szybkiemu zużyciu. Co do zasady, według przyjętych standardów i konsensusu opinii ekspertów w zakresie ratownictwa medycznego w systemie nie powinny być wykorzystywane pojazdy starsze niż 5 lat oraz o przebiegu większym niż 300 tys. km. Sumarycznie w Polsce, według przyjętych kryteriów, pojazdy wyeksploatowane stanowią średnio ok. 40% floty dysponentów ZRM, które wymagają pilnej wymiany.  Również coraz częstsze dysponowanie Zespołami Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (LPR) w miejscach zdarzeń nagłych i w ramach całodobowej gotowości do pomocy, sprzęt medyczny będący wyposażeniem śmigłowców ale i same śmigłowce ulegają szybkiemu zużyciu w wyniku intensywnej eksploatacji w trudnych warunkach. Istnieje zatem konieczność doposażenia i wymiany sprzętu lotniczych ZRM wraz z dostosowaniem ich infrastruktury śmigłowcowej oraz naziemnej do warunków częstych lotów i całodobowej służby, w tym także możliwości szkolenia.  Znaczna część SOR jest lokowanych w pomieszczeniach szpitali, które nie zostały zaprojektowane z myślą o ich działalności, nieprzystosowanych do profilu zadań tych jednostek, w tym bez lądowisk przyszpitalnych. Spośród obecnie działających 240 SOR, 32 SOR nie posiadają lądowiska wcale, a 18 SOR posiadają lądowiska, ale nie są dostosowane do obecnych przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. poz. 1213, z późn. zm.). Wskazane rozporządzenie nakłada na kierowników szpitali posiadających SOR obowiązek spełnienia do dnia 1 lipca 2021 r. wymogów w zakresie m.in. organizacji w szpitalu miejsca udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, obszaru do przeprowadzenia segregacji medycznej, miejsca izolacji w oddziale oraz pomieszczeń sanitarno-higienicznych przystosowanych dla osób niepełnosprawnych. Ponadto, do dnia 1 lipca 2022 r. każdy SOR musi spełnić warunek posiadania dostępu do lotniska bądź lądowiska, umożliwiającego przyjęcie pacjenta z transportu lotniczego działającego w trybie całodobowym, zgodnego z wymaganiami określonymi w ww. rozporządzeniu.  Dodatkowo intensywna eksploatacja całej infrastruktury i użytkowanie jej całodobowo, często bez jakiejkolwiek przerwy technicznej w działaniu sprzętów diagnostycznych i aparatury wspomagającej funkcje życiowe pacjenta, powoduje szybkie i nadmierne zużywanie się sprzętu. Równolegle, dokonujący się rokrocznie postęp technologiczny dotyczący również technologii medycznych powoduje, iż konieczna jest wymiana wyeksploatowanych, przestarzałych sprzętów na nowoczesną, łatwą w użytkowaniu i bardziej kompaktową aparaturę. Równocześnie niezadowalający jest stan infrastruktury CU i CUD. CU stanowi wydzieloną funkcjonalnie część szpitala, w której specjalistyczne oddziały są powiązane ze sobą organizacyjnie oraz zakresem zadań, w sposób pozwalający na szybkie diagnozowanie i leczenie pacjenta urazowego. CU również musi dysponować lądowiskiem lub lotniskiem dla śmigłowca ratunkowego, zlokalizowanym w takiej odległości, aby możliwe było przyjęcie pacjenta urazowego, bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego.  Zidentyfikowane problemy:  1) pogorszenie stanu technicznego taboru samochodowego wraz z niezbędnym wyposażeniem wykorzystywanego przez ZRM, a w konsekwencji brak możliwości dojazdu do osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i udzielenia pomocy na miejscu zdarzenia;  2) przestarzały niedostosowany do aktualnych wymogów i potrzeb sprzęt medyczny w śmigłowcach LPR zakupiony wraz ze śmigłowcami w latach 2009-2010;  3) niedostosowana infrastruktura do prowadzenia działalności udzielanych świadczeń w SOR, w większości występująca w budynkach kilkudziesięcioletnich;  4) brak SOR na terenach, gdzie jest utrudniony dostęp i większe zapotrzebowanie na udzielane w nich świadczenia opieki zdrowotnej wynikające z dużego zagęszczenia ludności;  5) brak lądowisk przyszpitalnych lub niedostosowanie lądowisk do wymaganych przepisów;  6) niedostosowana infrastruktura CU i CUD, w tym brak odpowiedniego sprzętu i aparatury medycznej;  7) niedobór w niektórych regionach CUD.  Powyższe dane wskazują na potrzebę utrzymywania sprawnego i efektywnie działającego systemu udzielania pomocy medycznej na miejscu zdarzenia. Konieczne jest zapewnienie odpowiedniego działania systemu nie tylko przez kształcenie kadr medycznych, lecz również przez zagwarantowanie odpowiedniej infrastruktury ratownictwa medycznego i specjalistycznego sprzętu, który umożliwia szybkie i skuteczne udzielanie pomocy w stanach nagłego zagrożenia zdrowia i życia.  Realizacja Programu umożliwi unowocześnienie obiektów podmiotów leczniczych i dostosowanie ich do obowiązujących norm i standardów w medycynie, w tym przede wszystkim norm zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.  W celu realizacji działań dedykowanych Subfunduszowi Modernizacji Podmiotów Leczniczych minister właściwy do spraw zdrowia wprowadzi mechanizm finansowy umożliwiający wsparcie ze środków Programu podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w drodze procedury konkursowej określonej w ustawie z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym.  Interwencja ukierunkowana będzie na inwestycje w infrastrukturę podmiotów leczniczych wraz z wyposażeniem, w tym w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną najnowszej generacji w następujących obszarach:  1) wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych:  Działania ukierunkowane będą na podmioty lecznicze udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie geriatrii i opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych.  Planowane interwencje obejmują swym zakresem inwestycje w:  1) zwiększanie bazy łóżkowej na oddziałach geriatrycznych;  2) zwiększenie bazy łóżkowej opieki długoterminowej świadczonej stacjonarnie;  3) modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych przez inwestycje w prace remontowo-budowlane oraz doposażenie w sprzęt medyczny.  Biorąc pod uwagę prognozowane zmiany w strukturze demograficznej, wzrost popytu na świadczenia zdrowotne dla osób starszych, coraz droższe technologie medyczne, przewidywany wzrost średniej długości życia, malejący współczynnik dzietności, zmiany modelu funkcjonowania rodziny – dedykowane wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych przyczyni się do poprawy opieki zdrowotnej w tym zakresie.  W wyniku zrealizowania działań wspierających podmioty lecznicze w ramach opieki geriatrycznej i długoterminowej:  1) zostanie zwiększona baza łóżkowa w oddziałach geriatrycznych i baza łóżkowa w opiece długoterminowej, co wpłynie na zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, ich jakości oraz zapewnienie kompleksowości opieki;  2) zostanie zwiększona baza opieki stacjonarnej, co wpłynie na zmniejszenie czasu oczekiwania na świadczenie i w konsekwencji spowoduje obniżenie kosztów interwencji medycznych;  3) zostanie zmniejszona dysproporcja w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych blisko miejsca zamieszkania pacjenta – zniwelowane zostaną różnice w dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej między województwami, w następstwie wzrostu liczby łóżek;  4) system opieki zdrowotnej zostanie w większym stopniu dostosowany do zwiększającej się liczby starszych świadczeniobiorców i udzielania im kosztochłonnych, ciągłych świadczeń opieki długoterminowej i geriatrycznej;  5) nastąpi zmodernizowanie infrastruktury podmiotów leczniczych, a w efekcie zwiększenie stopnia jej dostosowania do aktualnych potrzeb i wymogów, a także do potrzeb osób starszych i z niepełnosprawnościami;  6) zmodernizowana infrastruktura zwiększy bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta i wpłynie pozytywnie na efekty zastosowanego leczenia, a także umożliwi dalszy rozwój i specjalizację podmiotów leczniczych w kierunku kompleksowej, skoordynowanej opieki nad pacjentem;  7) inwestycje w infrastrukturę podmiotów leczniczych umożliwią sprawowanie opieki nad seniorami zgodnie ze standardami leczenia geriatrycznego, a także zostaną stworzone warunki do kształcenia ustawicznego i tworzenia nowych miejsc specjalizacyjnych i miejsc pracy dla przyszłych lekarzy geriatrów.  Problem starzenia się społeczeństwa jest powiązany również z nasilającą się wielochorobowością i dużą liczbą pacjentów w wieku sędziwym 80+. Powyższe wskazuje na konieczność podchodzenia do pacjenta geriatrycznego kompleksowo, obejmując go opieką koordynowaną, co pozytywnie wpływa na efekty leczenia i generuje mniejsze koszty dla płatnika publicznego. Dlatego jest konieczne podejmowanie wielokierunkowych działań zmierzających do rozwoju zarówno stacjonarnych form leczenia w dedykowanych pacjentom geriatrycznym oddziałach jak i zapewnienia różnych form opieki niestacjonarnej, dostępnej w pobliżu miejsca zamieszkania.  2) wymianę łóżek szpitalnych:  Działania w tym obszarze będą skierowane do podmiotów leczniczych udzielających całodobowych, stacjonarnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie leczenia szpitalnego.  Planowane interwencje obejmują swym zakresem inwestycje w wymianę zużytych i przestarzałych łóżek, tj. eksploatowanych co najmniej 12 lat. Planuje się zakup nowych łóżek szpitalnych, w tym łóżek intensywnej opieki medycznej, wraz z materacami, szafkami przyłóżkowymi oraz niezbędnym dodatkowym wyposażeniem.  W wyniku zrealizowania działań wspierających wymianę łóżek szpitalnych:  1) nastąpi poprawa jakości procesu hospitalizacji pacjenta oraz wzrost komfortu i bezpieczeństwa pacjentów;  2) zwiększy się higiena pracy, co zminimalizuje ryzyko występowania zakażeń szpitalnych;  3) usprawnione zostaną warunki pracy personelu medycznego, przy jednoczesnym zoptymalizowaniu wysiłku fizycznego;  4) zapewnione zostanie nowoczesne wyposażenie i nastąpi minimalizacja odsetka niesprawnych zasobów szpitala.  3) wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego:  Działania w tym obszarze skierowane będą na inwestycje w infrastrukturę podmiotów leczniczych, w skład których wchodzą:  1) jednostki systemu PRM: ZRM, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego oraz SOR;  2) jednostki współpracujące z systemem PRM: CU i CUD.  Planowane interwencje obejmują swym zakresem inwestycje w:  1) zakup ambulansów wraz z wyposażeniem dla ZRM;  2) modernizację SOR wraz z wymianą sprzętu;  3) utworzenie na terenie województwa śląskiego nowych SOR lub przekształcanie istniejących struktur izb przyjęć w SOR;  4) budowę i dostosowanie lądowisk przyszpitalnych do obecnych wymagań;  5) modernizację i doposażenie w niezbędny sprzęt medyczny funkcjonujących obecnie centrów urazowych jak i planowanych do utworzenia w trakcie realizacji Programu;  6) zakup śmigłowców na potrzeby Lotniczego Pogotowia Ratunkowego,  7) modernizację i doposażenie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego,  8) modernizację i doposażenie infrastruktury śmigłowcowej oraz zaplecza szkoleniowego lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.  W wyniku zrealizowania działań wspierających infrastrukturę ratownictwa medycznego:  1) nastąpi zwiększenie efektywności systemu ratownictwa medycznego, przez całodobowe diagnozowanie urazów dzięki dostępowi do zaawansowanej aparatury medycznej;  2) poprawi się jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;  3) wypełnią się luki w dostępie do infrastruktury ratownictwa medycznego.  Efektem dofinansowania w ramach Programu inwestycyjnego modernizacji podmiotów leczniczych będzie zapewnienie lepszego dostępu do usług medycznych, poprawa jakości i bezpieczeństwa świadczonych usług medycznych. Placówki zostaną doposażone w niezbędny sprzęt i aparaturę medyczną oraz zmodernizowane i dostosowane do aktualnych wymogów i potrzeb, umożliwiając wszystkim na jednakowy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. | Planowany termin przyjęcia projektu przez RM - IV kwartał 2021 r. | [Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia programu inwestycyjnego pod nazwą „Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych” - Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów - BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (kprm.gov.pl)](https://archiwum.bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-rady-ministrow/prace-legislacyjne-rm-i/prace-legislacyjne-rady/wykaz-prac-legislacyjny/r26546481706,Projekt-uchwaly-Rady-Ministrow-w-sprawie-ustanowienia-programu-inwestycyjnego-po.html) |
| 29.10.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Rady Ministrów zmieniającego rozporządzenie sprawie likwidacji Instytutu Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu | Zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 22 października 2019 r. w sprawie likwidacji Instytutu Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu (Dz. U. poz. 2043, z poźn. zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie likwidacji Instytutu”, z dniem 27 października 2019 r. zakończona została działalność Instytutu Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w likwidacji z siedzibą w Sosnowcu, zwanego dalej „Instytutem” lub „IMPiZŚ”, a od dnia 28 października 2019 r. rozpoczęła się jego likwidacja. Termin zakończenia likwidacji Instytutu wyznaczony został na dzień 31 października 2021 r.  W trakcie procesu likwidacji Instytutu podejmowane były liczne działania związane z zakończeniem funkcjonowania Instytutu, tj. przede wszystkim spłata zobowiązań IMPiZŚ, w tym wobec byłych pracowników, egzekucja należności, porządkowanie dokumentacji IMPiZŚ w celu przekazania do archiwum czy zagospodarowanie jego mienia. Z powyższych działań problematyczne jest kompleksowe zagospodarowanie mienia Instytutu, pomimo podejmowania odpowiednich działań w tym zakresie. Podkreślenia wymaga, że mienie IMPiZŚ, a przede wszystkim mienie ruchome, jest trudno zbywalne i do dnia dzisiejszego nie udało się go w całości sprzedać. Również podjęta próba sprzedaży nieruchomości IMPiZŚ nie udała się - do ogłoszonego na przełomie lipca i sierpnia br. przetargu na sprzedaż nieruchomości Instytutu nikt nie przystąpił, pomimo wcześniejszego zainteresowania potencjalnych nabywców. Niemniej jednak, zainteresowanie ww. nieruchomością zgłasza Minister Sprawiedliwości, który zwrócił się do o umożliwienie nieodpłatnego przekazania zabudowanej nieruchomości IMPiZŚ na potrzeby tworzonego Sądu Okręgowego w Sosnowcu.  Po przeanalizowaniu formalnoprawnych możliwości przekazania ww. nieruchomości na potrzeby tworzonego Sądu Okręgowego oraz po zasięgnięciu opinii Prezesa Prokuratorii Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej w przedmiotowym zakresie wynika, że możliwe byłoby przekazanie nieruchomości IMPiZŚ na rzecz innej osoby prawnej, w tym na rzecz Skarbu Państwa – nie stoi temu na przeszkodzie art. 17 ust. 2 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1383, z późn. zm.), zgodnie z którym instytut sprzedaje innym podmiotom, na podstawie umów prawa cywilnego, składniki aktywów trwałych w drodze publicznego przetargu na zasadach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 46 ust. 4 ustawy z dnia 25 września 1981 r. o przedsiębiorstwach państwowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1317). Jednakże w rozporządzeniu w sprawie likwidacji Instytutu w § 3 ust. 3 wskazane zostało, że składniki aktywów trwałych Instytutu zostaną zbyte w drodze publicznego przetargu, dlatego też nieodpłatne przekazanie nie jest możliwe. W przekazanej opinii wskazano, iż w pojęciu „zbycie nieruchomości” mieszczą się też inne niż sprzedaż czynności prowadzące do przeniesienia własności nieruchomości czy prawa użytkowania wieczystego nieruchomości.  Zwrócić również uwagę należy, że aktualne brzmienie § 3 ust. 3 rozporządzenia w sprawie likwidacji Instytutu jest problematyczne również w odniesieniu do mienia ruchomego IMPiZŚ. Część mienia ruchomego Instytutu nie została sprzedana z uwagi na brak nabywców, pomimo podejmowanych prób w tym zakresie (sprzęt medyczny, komputerowy, meble, np. mikroskopy, łóżka szpitalne, pulsoksymetry, szkło laboratoryjne, wagi). Brak nabywców na zakup tego mienia wynika przede wszystkim z faktu, że są to rzeczy stare, jednakże mogą jeszcze posłużyć innym podmiotom, przede wszystkim leczniczym.  Mając na uwadze trwające rozmowy z resortem sprawiedliwości w zakresie przekazania nieruchomości Instytutu oraz konieczność dokonania odpowiednich czynności z tym związanych (m.in. przygotowanie rozwiązań umożliwiających przekazanie środków finansowych na pokrycie niewykonanych zobowiązań IMPiZŚ przez dysponenta części budżetu państwa przejmującego nieruchomość Instytutu), niezbędne jest wydłużenie procesu likwidacji Instytutu do 31 marca 2022 r.  Ponadto, zaznaczyć należy, iż w ostatnich dniach zabezpieczona została dokumentacja Instytutu, w tym dokumentacja medyczna, co pozwoliło na złożenie w dniu 21 października 2021 r. wniosku o wykreślenie Instytutu z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Jednakże przedmiotowe wykreślenie nie nastąpi przed dniem 31 października 2021 r., tj. przed obowiązującym terminem zakończenia likwidacji IMPiZŚ. Podkreślenia wymaga, że wykreślenie Instytutu z ww. rejestru będzie miało kluczowe znaczenie przy rozpatrywaniu wniosku o wykreślenie IMPiZŚ z Krajowego Rejestru Sądowego.  W celu umożliwienia przekazania nieruchomości IMPiZŚ na rzecz resortu sprawiedliwości, konieczna jest zmiana przepisów rozporządzenia w sprawie likwidacji Instytutu. Proponuje się zatem zmianę brzmienia § 3 ust. 3 rozporządzenia w sprawie likwidacji Instytutu polegającą na wskazaniu, iż w przypadku sprzedaży składników aktywów trwałych Instytutu zostaną one sprzedane w drodze publicznego przetargu, a nie zbyte w drodze przetargu.  Natomiast w odniesieniu do mienia ruchomego IMPiZŚ, wprowadzenie proponowanej zmiany umożliwi nieodpłatne przekazanie tego mienia Instytutu np. innym instytutom badawczym nadzorowanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia, czy stacjom sanitarno-epidemiologicznym, co oznacza, że skorzystają na tym również pacjenci.  W celu odpowiedniego przeprowadzenia czynności związanych z przekazaniem mienia IMPiZŚ, zarówno nieruchomości, jak i ruchomości, zasadne jest wydłużenie procesu likwidacji Instytutu o 6 miesięcy, tj. do dnia 31 marca 2022 r. | Planowany termin przyjęcia projektu przez RM - IV kwartał 2021 r. | [Projekt rozporządzenia Rady Ministrów zmieniającego rozporządzenie sprawie likwidacji Instytutu Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu - Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów - BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (kprm.gov.pl)](https://archiwum.bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-rady-ministrow/prace-legislacyjne-rm-i/prace-legislacyjne-rady/wykaz-prac-legislacyjny/r901467897,Projekt-rozporzadzenia-Rady-Ministrow-zmieniajacego-rozporzadzenie-sprawie-likwi.html) |
| 26.10.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2021 r. w sprawie składu i sposobu działania komisji orzekającej oraz trybu orzekania o stanie zdrowia farmaceuty | Projekt rozporządzenia stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego art. 22 ust. 9 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2021 r. poz. 97), na podstawie którego minister właściwy do spraw zdrowia wyda rozporządzenie, w sprawie określenia składu komisji złożonej z lekarzy specjalistów z odpowiednich dziedzin medycyny, która wydaje orzeczenie o stanie zdrowia farmaceuty oraz sposób jej działania, a także tryb orzekania o stanie zdrowia farmaceuty.  Przedmiotowe rozporządzenie ma na celu określenie wymagań dotyczących osób wchodzących w skład komisji lekarskich, trybu orzekania o niezdolności do wykonywania zawodu oraz szczegółowego sposobu i trybu postępowania w sprawach zawieszania prawa wykonywania zawodu albo ograniczenia wykonywania określonych czynności zawodowych farmaceuty. Komisja lekarska orzekająca w ww. zakresie ma być powoływana przez właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu okręgową radę aptekarską,. W skład komisji wchodzi trzech lekarzy specjalistów, wykonujących zawód lekarza co najmniej od 5 lat oraz posiadających specjalizację w odpowiedniej dziedzinie medycyny.  Farmaceuta może być poddany niezbędnym badaniom lekarskim i obserwacji w podmiocie leczniczym. Efektem prac komisji jest wydanie orzeczenia w przedmiocie niezdolności farmaceuty do wykonywania zawodu, lub wykonywania ściśle określonych czynności ze względu na stan zdrowia.  Na podstawie orzeczenia komisji lekarskiej okręgowa rada aptekarska podejmuje uchwałę o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu farmaceuty na okres trwania niezdolności do wykonywania zawodu albo uchwałę o ograniczeniu wykonywania ściśle określonych czynności zawodowych na okres trwania niezdolności do wykonywania zawodu. | Wejście w życie 26 października 2021 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2021 r. w sprawie składu i sposobu działania komisji orzekającej oraz trybu orzekania o stanie zdrowia farmaceuty (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000192201.pdf) |
| 26.10.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego | Zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 2086, z późn. zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem”, wynika z konieczności doprecyzowania przepisu § 11 ust. 5, którego obecne brzmienie budzi wątpliwości interpretacyjne w zakresie umowy, którą powinien zawrzeć oddział u podwykonawcy oraz potrzeby dalszego rozszerzenia programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego. Ponadto, w § 16 ust. 5 dodano ust. 5a, którego celem jest urealnienie liczby personelu danego centrum zdrowia psychicznego w sytuacji, gdy nie jest to jedyny podmiot uprawniony do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze realizacji programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, zwanego dalej „pilotażem”.  W projekcie rozporzadzenia doprecyzowano brzmienie § 11 ust. 5, którego celem jest umożliwienie włączenia do pilotażu w centrach zdrowia psychicznego zakwalifikowanych przez Ministra Zdrowia centrów nie posiadających własnego oddziału psychiatrycznego. Dodatkowo przedmiotowe rozporządzenie rozszerza grono realizatorów pilotażu. | Skierowanie aktu do ogłoszenie | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12351250/12815152/12815153/dokument520825.pdf) |
| 25.10.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 października 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie metody zapobiegania COVID-19 | Działając na podstawie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/953 z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie ram wydawania, weryfikowania i uznawania interoperacyjnych zaświadczeń o szczepieniu, o wyniku testu i o powrocie do zdrowia w związku z COVID-19 (unijne cyfrowe zaświadczenie COVID) w celu ułatwienia swobodnego przemieszczania się w czasie pandemii COVID-19 (Dz. Urz. UE L 211 z 15.06.2021, str. 1), Rzeczypospolita Polska udostępnia możliwość kontynuacji szczepienia przeciwko COVID-19 dla osób, które zostały zaszczepione pierwszą dawką szczepionki, poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, będącej odpowiednikiem szczepionki dopuszczonej do obrotu w Rzeczypospolitej Polskiej.  W projekcie wprowadzono możliwość kontynuacji szczepienia przeciwko COVID-19 w Rzeczypospolitej Polsce dla osób, które zostały zaszczepione szczepionką dopuszczoną do obrotu w Unii Europejskiej lub szczepionką znajdującą się w wykazie odpowiedników szczepionek dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, sporządzonego przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy.  Projekt jest skorelowany z równoległą zmianą rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 861, z późn. zm.), która został została już przyjęta w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 15 października 2021 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 1878). | Wejście w życie 23 października 2021 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 października 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie metody zapobiegania COVID-19 (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000191401.pdf) |
| 25.10.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej | Obowiązujący przepis § 16 ust. 4f załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.), zwanego dalej „OWU”, budzi wątpliwości interpretacyjne polegające na ustaleniu, czy przepis stosuje się tylko do świadczeń opieki zdrowotnej rozliczanych punktem czy również do świadczeń rozliczanych innymi jednostkami rozliczeniowymi.  W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. poz. 1875) konieczne jest dookreślenie zasad rozliczania świadczeń z zakresu ratunkowego dostępu do technologii lekowej.  Zaistniały problemy interpretacyjne dotyczące zasad naliczania odsetek ustawowych w przypadku określonym w § 29 ust. 6 załącznika do OWU (kary umowne).  Proponuje się:  1) zastąpienie w § 16 ust. 4f załącznika do OWU wyrazów „cena punktu” wyrazami „cena jednostkowa” oraz dodanie pozostałych sposobów rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej określonych w OWU, aby przepis obejmował wszystkie przypadki wzrostu wyceny świadczeń opieki zdrowotnej;  2) dodanie w § 24 załącznika do OWU ust. 3a wprowadzającego zasady rozliczania leków stosowanych w świadczeniach z zakresu ratunkowego dostępu do technologii lekowej analogiczne do zasad obowiązujących przy rozliczaniu świadczeń wysokospecjalistycznych;  3) zmianę § 29 ust. 6 załącznika do OWU przez uwzględnienie w nim zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego. | Skierowanie aktu do ogłoszenia | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12352153/12821897/12821898/dokument524933.pdf) |
| 22.10.2021 | Zarządzenie Ministra Zdrowia | Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 października 2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie powołania Krajowej Rady do spraw Onkologii | W zarządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 lutego 2015 r. w sprawie powołania Krajowej Rady do spraw  Onkologii (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 5 i 17, z 2016 r. poz. 21 i 52, z 2018 r. poz. 43, z 2019 r. poz. 10 i 29 oraz  z 2020 r. poz. 39) wprowadza się następujące zmiany:  1) w § 2 w ust. 1:  a) pkt 1 i 2 otrzymują brzmienie:  „1) Przewodniczący Rady – wskazany przez ministra właściwego do spraw zdrowia członek Rady;  2) Zastępca Przewodniczącego Rady – Minister, Sekretarz Stanu lub Podsekretarz Stanu  w Ministerstwie Zdrowia nadzorujący prace Departamentu Oceny Inwestycji;”,  b) w pkt 3:  - po lit. g dodaje się lit. ga w brzmieniu:  „ga) Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej,”,  - lit. w otrzymuje brzmienie:  „w) przedstawiciel Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu  Badawczego,”;  2) § 12 otrzymuje brzmienie:  „§ 12. Obsługę organizacyjno-techniczną Rady, w tym sporządzanie protokołu, o którym mowa w § 8, zapewnia Departament Oceny Inwestycji w Ministerstwie Zdrowia.”. | Weście w życie 22 października 2021 r. | [Zarządzenie z dnia 21 października 2021 r. (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/83/akt.pdf) |
| 22.10.2021 | Obwieszczenie Ministra Zdrowia | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 21 października 2021 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych | Ustala się na dzień 1 listopada 2021 r. wykaz refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych |  | [Obwieszczenie (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/82/akt.pdf) |
| 22.10.2021 | Obwieszczenie Ministra Zdrowia | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 21 października 2021 r. w sprawie wykazu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, dla których ustalono urzędową cenę zbytu | Ustala się na dzień 1 listopada 2021 r. wykaz leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego |  | [Obwieszczenie (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/81/akt.pdf) |
| 22.10.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2021 r. w sprawie nadawania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej sprawującego wewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej w jednostkach ochrony zdrowia | Rozporządzenie ma na celu zapewnienie:  1) przestrzegania wymagań ochrony radiologicznej w jednostkach ochrony zdrowia wykonujących działalność polegającą na:  a) uruchamianiu lub stosowaniu aparatów rentgenowskich w medycznej pracowni rentgenowskiej lub uruchamianiu takich pracowni lub  b) uruchamianiu lub stosowaniu aparatów rentgenowskich do celów rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej, radioterapii powierzchniowej lub radioterapii schorzeń nienowotworowych poza medyczną pracownią rentgenowską;  2) wysokiego poziomu wiedzy i umiejętności osób, które nabędą uprawnienia inspektora ochrony radiologicznej, wysokiego poziomu prowadzonych szkoleń i przeprowadzanych egzaminów oraz efektywnej weryfikacji wiedzy i umiejętności osób zdających.  W obowiązującym stanie prawnym kwestie objęte projektowanym rozporządzeniem zostały uregulowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2012 r. w sprawie nadawania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych (Dz. U. poz. 1534), którego przepisy, zgodnie z art. 37 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 13 czerwca 2019 r. o zmianie ustawy – Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. poz. 1593, z późn. zm.), zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów projektowanego rozporządzenia, jednak nie dłużej niż przez 24 miesiące od dnia wejścia w życie tej ustawy.  Niniejsze rozporządzenie w zakresie swojej regulacji wdraża dyrektywę Rady 2013/59/Euratom z dnia 5 grudnia 2013 r. ustanawiającą podstawowe normy bezpieczeństwa w celu ochrony przed zagrożeniami wynikającymi z narażenia na działanie promieniowania jonizującego oraz uchylającą dyrektywy 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom i 2003/122/Euratom (Dz. Urz. UE L 13 z 17.01.2014, str. 1, Dz. Urz. UE L 72 z 17.03.2016, str. 69, Dz. Urz. UE L 152 z 11.06.2019, str. 128 oraz Dz. Urz. UE L 324 z 13.12.2019, str. 80).  Projekt rozporządzenia określa:  1) typy uprawnień inspektora ochrony radiologicznej, rodzaj działalności, do których nadzorowania uprawniają, oraz szczegółowe warunki nadawania tych uprawnień;  2) zakresy szkoleń i formy organizowania szkoleń;  3) sposób przeprowadzania oraz sposób ustalania wyniku egzaminu;  4) wysokość opłaty za egzamin;  5) sposób pracy składów egzaminacyjnych komisji egzaminacyjnej oraz wysokość wynagrodzenia członków komisji egzaminacyjnej za uczestnictwo w składzie egzaminacyjnym;  6) zawartość wniosku o nadanie uprawnień inspektora ochrony radiologicznej oraz wykaz dokumentów dołączanych do wniosku.  Oczekiwanym efektem będzie zapewnienie właściwego poziomu bezpieczeństwa pacjentów i pracowników w jednostkach ochrony zdrowia stosujących promieniowanie jonizujące w celach medycznych. | Wejście w życie 22 października 2021 r. | [ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 14 października 2021 r. w sprawie nadawania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej sprawującego wewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej w jednostkach ochrony zdrowia (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000190801.pdf) |
| 21.10.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie informacji zawartych w Krajowej Bazie Urządzeń Radiologicznych | Potrzeba zapewnienia bieżącego dostępu do informacji umożliwiających ustalenie jednostki ochrony zdrowia, w której znajduje się dane urządzenie radiologiczne, a także urządzeń radiologicznych znajdujących się w danej jednostce ochrony zdrowia oraz możliwości udostępniania informacji dotyczących liczby urządzeń radiologicznych z podziałem na rodzaje urządzeń dla całego kraju według stanu na koniec poprzedniego roku kalendarzowego.  Projektowane rozporządzenie zastąpi akt wykonawczy obowiązujący obecnie w powyższym zakresie, tj. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2008 r. w sprawie bazy danych urządzeń radiologicznych (Dz. U. poz. 366), które zostało utrzymane w mocy do dnia 23 września 2021 r. zgodnie z art. 37 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 13 czerwca 2019 r. o zmianie ustawy – Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. poz. 1593 oraz z 2020 r. poz. 284).  Powyższą kwestię można rozwiązać jedynie przez działanie legislacyjne polegające na wydaniu nowego aktu wykonawczego, dzięki któremu będzie możliwa bieżąca aktualizacja informacji o urządzeniach radiologicznych umożliwiająca dokonywanie analiz i zwiększenie skuteczności kontroli podmiotów leczniczych wykorzystujących promieniowanie jonizujące w celach medycznych.  Oczekiwanym efektem projektowanego rozporządzenia będzie posiadanie pełnej informacji o urządzeniach radiologicznych umożliwiające dokonywanie analiz i zwiększenie skuteczności kontroli podmiotów leczniczych wykorzystujących promieniowanie jonizujące. | Skierowanie aktu do ogłoszenia | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12341754/12751974/12751975/dokument482120.pdf) |
| 20.10.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 173/2021/DSM PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 19.10.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne | Niniejsza zmiana zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne, wynika z konieczności dostosowania § 4 – Warunki finansowania świadczeń oraz § 5 – Kary umowne załącznika do zarządzenia stanowiącego wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne do przepisów § 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września  w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.).  Mając na uwadze to, iż zmiany mają charakter porządkowy, wynikający wprost z przepisów prawa, uznano, iż projekt nie podlega konsultacjom społecznym.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 20 października 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1732021dsm,7430.html) |
| 20.10.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 174/2021/DEF PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 19.10.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków rozliczania środków pochodzących z dotacji celowej na dofinansowanie aktywowania Internetowego Konta Pacjenta | Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wprowadza zmiany w zarządzeniu Nr 107/2021/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 maja 2021 r. w sprawie warunków rozliczania środków pochodzących z dotacji celowej na dofinansowanie aktywowania Internetowego Konta Pacjenta.  Zmiana polega na wyznaczeniu nowego terminu płatności wynikającego z treści noty księgowej obciążeniowej, której wzór określony jest w załączniku do zarządzenia.  Dofinansowanie ze środków dotacji celowej aktywowania Internetowego Konta Pacjenta przez świadczeniodawców posiadających umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, stanowi działanie podjęte w ramach realizacji celu nr 4 – Wspieranie świadczeniodawców w budowie makroekonomicznej efektywności, Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023. | Wejście w życie 20 października 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1742021def,7431.html) |
| 20.10.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2021 r. w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia prowadzących działalność związaną z narażeniem w celach medycznych, polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii i leczenia za pomocą produktów radiofarmaceutycznych | Potrzeba określenia minimalnych wymagań w zakresie:  1) wyposażenia w urządzenia radiologiczne i urządzenia pomocnicze oraz  2) liczebności i kwalifikacji personelu biorącego udział w wykonywaniu poszczególnych rodzajów medycznych procedur radiologicznych  – dla jednostek ochrony zdrowia ubiegających się o uzyskanie zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem w celach medycznych, polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii i leczenia za pomocą produktów radiofarmaceutycznych (terapii radioizotopowej).  W obowiązującym stanie prawnym kwestie objęte projektowanym rozporządzeniem zostały uregulowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2006 r. w sprawie minimalnych wymagań dla zakładów opieki zdrowotnej ubiegających się o wydanie zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych, polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii onkologicznej (Dz. U. z 2013 r. poz. 874), którego przepisy, zgodnie z art. 37 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 13 czerwca 2019 r. o zmianie ustawy – Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. poz. 1593, z późn. zm.), zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów projektowanego rozporządzenia, jednak nie dłużej niż przez 24 miesiące od dnia wejścia w życie tej ustawy.  Niniejsze rozporządzenie w zakresie swojej regulacji wdraża dyrektywę Rady 2013/59/Euratom z dnia 5 grudnia 2013 r. ustanawiającą podstawowe normy bezpieczeństwa w celu ochrony przed zagrożeniami wynikającymi z narażenia na działanie promieniowania jonizującego oraz uchylającą dyrektywy 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom i 2003/122/Euratom (Dz. Urz. UE L 13 z 17.01.2014, str. 1, Dz. Urz. UE L 72 z 17.03.2016, str. 69, Dz. Urz. UE L 152 z 11.06.2019, str. 128 oraz Dz. Urz. UE L 324 z 13.12.2019, str. 80).  Projekt rozporządzenia określa minimalne wymagania w zakresie wyposażenia w urządzenia radiologiczne i urządzenia pomocnicze oraz liczebności i kwalifikacji personelu biorącego udział w wykonywaniu poszczególnych rodzajów medycznych procedur radiologicznych, jakie muszą być spełnione przez jednostkę ochrony zdrowia ubiegającą się o uzyskanie zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych, polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii i terapii radioizotopowej.  Efektem projektowanego rozporządzenia będzie zapewnienie właściwego poziomu bezpieczeństwa pacjenta w jednostkach ochrony zdrowia wykonujących procedury medyczne wykorzystujące promieniowanie jonizujące. | Wejście w życie 20 października 2021 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2021 r. w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia prowadzących działalność związaną z narażeniem w celach medycznych, polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu radioterapii i leczenia za pomocą produktów radiofarmaceutycznych (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000189001.pdf) |
| 20.10.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej | Projekt rozporządzenia wprowadza do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nowe świadczenia opieki zdrowotnej, mające kluczowe znaczenie dla poprawy zdrowia oraz wydłużenia życia pacjentów.  Wprowadzenie świadczenia „Telemetryczny nadzór nad pacjentami z implantowanymi urządzeniami wszczepialnymi” do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej ma na celu zapewnienie bezpiecznego, kompleksowego wsparcia dla pacjentów z niewydolnością serca, u których w ramach postępowania terapeutycznego wszczepiono stymulator lub kardiowerter-defibrylator serca wyposażony w funkcję, która umożliwia zdalne przekazywanie zgromadzonych danych.  W odróżnieniu od standardowej metody monitorowania stanu zdrowia pacjenta (sprowadzającej się do odczytywania danych z urządzeń wszczepialnych podczas wizyty pacjenta w zakładzie leczniczym), zdalne monitorowanie parametrów przekazywanych z urządzeń wszczepialnych umożliwi kontrolowanie stanu zdrowia pacjentów w czasie rzeczywistym, a co za tym idzie, szybsze podjęcie właściwej interwencji medycznej.  Wprowadzenie świadczenia „Rezonans magnetyczny piersi” do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zasadne, ponieważ rezonans magnetyczny piersi jest metodą o wysokiej czułości w wykrywaniu raka piersi. Jego rola stopniowo się zwiększa, szczególnie w ocenie rozległości naciekania nowotworu, zwłaszcza gdy wyniki oceny mammograficznej i ultrasonograficznej są rozbieżne. Rezonans magnetyczny piersi jest procedurą rekomendowaną w obowiązujących zaleceniach postępowania diagnostycznego i terapeutycznego w raku piersi.  W rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wprowadza się następujące zmiany:  1) do wykazu świadczeń gwarantowanych dodaje się świadczenie „Telemetryczny nadzór nad pacjentami z implantowanymi urządzeniami wszczepialnymi”;  2) do wykazu świadczeń gwarantowanych dodaje się świadczenie „88.906 – RM piersi”.  Wprowadzenie technologii telemonitoringu urządzeń wszczepialnych w opiece nad pacjentami z niewydolnością serca umożliwi otrzymanie kompleksowej opieki medycznej w sposób komfortowy i bezpieczny dla świadczeniobiorcy. Z uwagi na ciągłą i bieżącą analizę parametrów przekazywanych z urządzeń wszczepialnych, pacjent będzie mógł uzyskać odpowiednie wsparcie medyczne w czasie rzeczywistym. Powyższe powinno przyczynić się do zmniejszenia planowanych wizyt specjalistycznych, zmniejszenia ryzyka hospitalizacji związanej ze zbyt późno zdiagnozowanymi objawami oraz zmniejszenia śmiertelności z powodu chorób sercowo-naczyniowych.  Wprowadzenie rezonansu magnetycznego piersi do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej przyczyni się do poprawy diagnostyki oraz optymalizacji procesu leczenia pacjentów z podejrzeniem nowotworu piersi oraz pacjentów nowotworowych. Ponadto, uwzględnienie przedmiotowego badania w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej doprowadzi do ujednolicenia przepisów ww. rozporządzenia z przepisami obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lipca 2018 r. w sprawie zaleceń postępowania dotyczących diagnostyki i leczenia raka piersi (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2018 r. poz. 53). | Konsultacje społeczne do 3 listopada 2021 r. ([uwagi.swiadczenia.gwarantowane@mz.gov.pl](mailto:uwagi.swiadczenia.gwarantowane@mz.gov.pl)) | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12352451/12823010/12823011/dokument525930.pdf) |
| 20.10.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie formy i szczegółowego zakresu procedur wzorcowych i procedur szczegółowych | Projekt rozporządzenia w sprawie formy i szczegółowego zakresu procedur wzorcowych i procedur szczegółowych stanowi realizację upoważnienia zawartego w art. 33zm ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe.  Zgodnie z tym upoważnieniem minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, formę i szczegółowy zakres procedur wzorcowych i procedur szczegółowych, mając na względzie zagrożenie wynikające z narażenia osoby poddawanej ekspozycji medycznej na działanie promieniowania jonizującego.  Obowiązek dostępności procedur (pisemnych protokołów) związanych ze stosowaniem promieniowania jonizującego w medycynie wynika bezpośrednio z przepisów dyrektywy 2013/59/EURATOM. Zgodnie bowiem z jej art. 58 lit. a „państwa członkowskie zapewniają aby dla każdego rodzaju standardowej medycznej procedury radiologicznej ustanowiono pisemne protokoły dla każdego sprzętu, dla odnośnych kategorii pacjentów”.  W dotychczasowym stanie prawnym, tj. przed wejściem w życie nowelizacji Prawa atomowego (tj. ustawy z dnia 13 czerwca 2019 r. o zmianie ustawy – Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej, wdrażającej dyrektywę 2013/59/Euratom ustanawiającą podstawowe normy bezpieczeństwa w celu ochrony przed zagrożeniami wynikającymi z narażenia na działanie promieniowania jonizującego oraz uchylającą dyrektywy 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom i 2003/122/Euratom), kwestie objęte projektowanym rozporządzeniem były uregulowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2007 r. w sprawie w sprawie szczegółowych wymagań dotyczących formy i treści wzorcowych i roboczych medycznych procedur radiologicznych (Dz. U. z 2007 r. poz. 161).  Na podstawie art. 30 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 13 czerwca 2019 r. o zmianie ustawy – Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej:  1) wzorcowe procedury radiologiczne dla uzasadnionych ekspozycji medycznych uznanych za standardowe, opracowane zgodnie z dotychczasowymi przepisami oraz  2) udokumentowane robocze procedury postępowania utworzone na podstawie dotychczasowych przepisów  – stają się z dniem wejścia w życie ww. ustawy odpowiednio:  1) wzorcowymi medycznymi procedurami radiologicznymi, o których mowa w art. 33t ust. 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe w brzmieniu nadanym nowelizacją oraz  2) szczegółowymi medycznymi procedurami radiologicznymi, o których mowa w art. 33f ust. 1 ustawy w brzmieniu nadanym nowelizacją.  Zgodnie z art. 37 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 13 czerwca 2019 r. o zmianie ustawy – Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej, rozporządzenie dotychczas regulujące kwestie formy i treści procedur wzorcowych oraz procedur roboczych, utraci moc obowiązującą z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, jednak nie później niż 24 miesiące od dnia wejścia w życie ww. ustawy.  Ustawa z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe po nowelizacji dokonanej na podstawie ustawy z dnia 13 czerwca 2019 r. o zmianie ustawy – Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. poz. 1593) zachowała instytucję procedur wzorcowych opracowywanych przez komisje ds. procedur i audytów klinicznych zewnętrznych. Zachowano również procedury opracowywane przez jednostki ochrony zdrowia, które dotychczas ustawa określała jako udokumentowane robocze procedury postępowania, a które po nowelizacji zostały nazwane procedurami szczegółowymi. Istotną zmianą ustawową jest to, że jednostki ochrony zdrowia nie są obowiązane do opracowania procedur szczegółowych na podstawie procedur wzorcowych, a jedynie mogą skorzystać z tej podstawy (art. 33t ust. 1 ustawy w brzmieniu po nowelizacji). Tak jak w dotychczasowym stanie prawnym, uregulowanie wymagań dotyczących formy i zakresu procedur wzorcowych oraz procedur szczegółowych odesłano do uregulowania w przepisach wykonawczych wydawanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Nowością jest określenie na poziomie ustawowym obligatoryjnych elementów dokumentacji procedur szczegółowych oraz procedur wzorcowych (art. 33f ust. 2 oraz art. 33t ust. 2). Do elementów tych zaliczono:  1) opis postępowania odnoszącego się do stosowanych w jednostce urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych (rodzajów urządzeń w przypadku procedur wzorcowych), a także kategorii osób podlegających badaniu diagnostycznemu, zabiegowi lub leczeniu z użyciem takich urządzeń;  2) informacje dotyczące wyniku zastosowania procedury szczegółowej, w tym informacje dotyczące narażenia ww. osób;  3) inne istotne informacje o sposobie wykonania badania diagnostycznego, zabiegu lub leczenia.  W konsekwencji zakres procedur wzorcowych oraz procedur szczegółowych określony w projektowanym rozporządzeniu uwzględnia powyższy ustawowy zakres dokumentacji obu rodzajów procedur i stanowi jego uszczegółowienie. | Skierowanie aktu do ogłoszenia | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12348500/12799252/12799253/dokument510272.pdf) |
| 19.10.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 172/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 18.10.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 | Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 42/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 marca 2021 r. w spr awie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 stanowi wykonanie poleceń Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2021 r. (pisma znak: DLG.744.130.2021.IJ oraz DLG.744.117.2021.IJ).  Na ich podstawie dokonano zmian w założeniach Programu i warunków realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacji pacjentów po przebytej chorobie COVID-19 w podmiotach leczniczych będących zakładami lecznictwa uzdrowiskowego lub podmiotach realizujących rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym (załącznik nr 6a do zarządzenia), które posiadają niezbędną bazę zabiegową do prowadzenia rehabilitacji pacjentów. Zgodnie z nowymi założeniami rozpoczęcie rehabilitacji COVID-19 następuje w terminie do 12 miesięcy od zakończenia leczenia w kierunku COVID-19.  W odniesieniu natomiast do Programu fizjoterapii dla osób po przebyciu COVID-19 (załącznik nr 6b do zarządzenia) do programu fizjoterapii dla ozdrowieńców w systemie leczenia chorych z COVID-19 dodano jako realizatora świadczeń świadczeniodawcę, który realizuje świadczenia w ramach ośrodka/oddziału dziennego. Rozpoczęcie rehabilitacji przedłużono do 12 miesięcy od zakończenia leczenia COVID-19. Ponadto, dookreślono, że udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowym zakresie jest realizowane na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego po zakończonym leczeniu potwierdzonej choroby COVID-19 (rozpoznanie według jednostki chorobowej ICD-10, będącej podstawą do rehabilitacji i będącej następstwem choroby COVID-19). Zakończenie leczenia COVID-19 określa się jako: datę zakończenia izolacji domowej, lub datę wypisu ze szpitala, lub datę wypisu z izolatorium. Kolejna zmiana dotyczy realizacji wizyty terapeutycznej w zakresie częstotliwości i ilości tych wizyt w programie podstawowym (2 razy w tygodniu do 6 tygodni) i rozszerzonym (częstotliwość ustalana indywidualnie, wynosi jednak od 2 do 3 razy w tygodniu  do 6 tygodni).  Przedmiotowe świadczenia będą finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania i jego przepisy stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 15 października 2021 r. | Wejście w życie 19 października 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1722021dsoz,7429.html) |
| 19.10.2021 | Ustawa | Poselski projekt ustawy o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów | Dotyczy uregulowania prawa wykonywania zawodu psychologa, a także ustalenia zasad organizacji i funkcjonowania samorządu zawodowego psychologów. | Skierowano do opinii Biura Legislacyjnego Kancelarii Sejmu oraz Biura Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu | [9-020-683-2021.pdf (sejm.gov.pl)](http://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/Projekty/9-020-683-2021/$file/9-020-683-2021.pdf) |
| 19.10.2021 | Obwieszczenie Ministra Zdrowia | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2021 r. w sprawie krajowego planu transformacji | Ustala się na okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2026 r. krajowy plan transformacji. |  | [akt.pdf (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/80/akt.pdf) |
| 19.10.2021 | Obwieszczenie Ministra Zdrowia | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzoru formularza powiadomienia o produktach wprowadzanych po raz pierwszy do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, rejestru produktów objętych powiadomieniem oraz wykazu krajowych jednostek naukowych właściwych do wydawania opinii | Ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2011 r. w sprawie wzoru formularza powiadomienia o produktach wprowadzanych po raz pierwszy do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, rejestru produktów objętych powiadomieniem oraz wykazu krajowych jednostek naukowych właściwych do wydawania opinii (Dz. U. poz. 437), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie wzoru formularza powiadomienia o produktach wprowadzanych po raz pierwszy do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, rejestru produktów objętych powiadomieniem oraz wykazu krajowych jednostek naukowych właściwych do wydawania opinii (Dz. U. poz. 2499). | Wejście w życie 1 stycznia 2021 r. | [OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 27 września 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzoru formularza powiadomienia o produktach wprowadzanych po raz pierwszy do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, rejestru produktów objętych powiadomieniem oraz wykazu krajowych jednostek naukowych właściwych do wydawania opinii (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000188501.pdf) |
| 18.10.2021 | Zarządzenie Ministra Zdrowia | Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2021 r. w sprawie powołania Zespołu roboczego do przeprowadzenia postępowania przygotowawczego mającego na celu dokonanie oceny potrzeby i warunków reorganizacji Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz nadania Instytutowi statusu państwowego instytutu badawczego | Zadaniem Zespołu jest dokonanie oceny potrzeby i warunków reorganizacji Instytutu oraz nadania Instytutowi statusu państwowego instytutu badawczego.  Zespół opracuje i przedstawi ministrowi właściwemu do spraw zdrowia opinię zawierającą w szczególności ocenę potrzeby:  1) reorganizacji Instytutu Psychiatrii i Neurologii wraz z propozycją warunków tej reorganizacji;  2) nadania Instytutowi Psychiatrii i Neurologii statusu państwowego instytutu badawczego wraz z propozycją zadań. | Wejście w życie 16 października 2021 r. | [Zarządzenie z dnia 14 października 2021 r. (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/79/akt.pdf) |
| 18.10.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów | Konsultant krajowy w dziedzinie gastroenterologii dziecięcej oraz środowisko gastroenterologów zgłosiło potrzebę umożliwienia lekarzom posiadającym tytuł specjalisty w dziedzinie gastroenterologii dziecięcej odbywania szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie transplantologii. Ponadto w związku z dużym zapotrzebowaniem na lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, których niedobór okazał się szczególnie dotkliwy w związku konsekwencjami epidemii wirusa SARS-CoV-2, konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży oraz konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii wystąpili z postulatem dotyczącym umożliwienia lekarzom posiadającym tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii odbywania szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży na podstawie skróconego programu specjalizacji, który uwzględniać będzie wiedzę i umiejętności jakie posiada już lekarz pediatra.  Umożliwienie lekarzom posiadającym tytuł specjalisty w dziedzinie gastroenterologii dziecięcej odbywania szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie transplantologii.  Umożliwienie lekarzom posiadającym tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii odbywania szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży na podstawie skróconego programu specjalizacji, który uwzględnia wiedzę i umiejętności jakie posiada już lekarz pediatra. | Konsultacje społeczne do 8 listopada 2021 r. ([ldep-rkm@mz.gov.pl](mailto:ldep-rkm@mz.gov.pl)) | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12352354/12822740/12822741/dokument525718.pdf) |
| 18.10.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie nadawania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej sprawującego wewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej w jednostkach ochrony zdrowia | Rozporządzenie ma na celu zapewnienie:  1) przestrzegania wymagań ochrony radiologicznej w jednostkach ochrony zdrowia wykonujących działalność polegającą na:  a) uruchamianiu lub stosowaniu aparatów rentgenowskich w medycznej pracowni rentgenowskiej lub uruchamianiu takich pracowni lub  b) uruchamianiu lub stosowaniu aparatów rentgenowskich do celów rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej, radioterapii powierzchniowej lub radioterapii schorzeń nienowotworowych poza medyczną pracownią rentgenowską;  2) wysokiego poziomu wiedzy i umiejętności osób, które nabędą uprawnienia inspektora ochrony radiologicznej, wysokiego poziomu prowadzonych szkoleń i przeprowadzanych egzaminów oraz efektywnej weryfikacji wiedzy i umiejętności osób zdających.  W obowiązującym stanie prawnym kwestie objęte projektowanym rozporządzeniem zostały uregulowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2012 r. w sprawie nadawania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych (Dz. U. poz. 1534), którego przepisy, zgodnie z art. 37 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 13 czerwca 2019 r. o zmianie ustawy – Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. poz. 1593, z późn. zm.), zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów projektowanego rozporządzenia, jednak nie dłużej niż przez 24 miesiące od dnia wejścia w życie tej ustawy.  Niniejsze rozporządzenie w zakresie swojej regulacji wdraża dyrektywę Rady 2013/59/Euratom z dnia 5 grudnia 2013 r. ustanawiającą podstawowe normy bezpieczeństwa w celu ochrony przed zagrożeniami wynikającymi z narażenia na działanie promieniowania jonizującego oraz uchylającą dyrektywy 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom i 2003/122/Euratom (Dz. Urz. UE L 13 z 17.01.2014, str. 1, Dz. Urz. UE L 72 z 17.03.2016, str. 69, Dz. Urz. UE L 152 z 11.06.2019, str. 128 oraz Dz. Urz. UE L 324 z 13.12.2019, str. 80).  Projekt rozporządzenia określa:  1) typy uprawnień inspektora ochrony radiologicznej, rodzaj działalności, do których nadzorowania uprawniają, oraz szczegółowe warunki nadawania tych uprawnień;  2) zakresy szkoleń i formy organizowania szkoleń;  3) sposób przeprowadzania oraz sposób ustalania wyniku egzaminu;  4) wysokość opłaty za egzamin;  5) sposób pracy składów egzaminacyjnych komisji egzaminacyjnej oraz wysokość wynagrodzenia członków komisji egzaminacyjnej za uczestnictwo w składzie egzaminacyjnym;  6) zawartość wniosku o nadanie uprawnień inspektora ochrony radiologicznej oraz wykaz dokumentów dołączanych do wniosku.  Oczekiwanym efektem będzie zapewnienie właściwego poziomu bezpieczeństwa pacjentów i pracowników w jednostkach ochrony zdrowia stosujących promieniowanie jonizujące w celach medycznych. | Skierowanie aktu do ogłoszenia | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12346703/12787397/12787398/dokument502706.pdf) |
| 15.10.2021 | Obwieszczenie Ministra Zdrowia | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu | Ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst  rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 r. w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu (Dz. U. poz. 2410), z uwzględnieniem zmiany wprowadzonej rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 maja 2020 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu (Dz. U. poz. 850). | Wejście w życie z dniem 14 października 2021 r. z mocą od dnia 13 marca 2020 r. | [Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000186201.pdf) |
| 15.10.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 171/2021/DGL PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 14.10.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia | Zarządzenie stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego  w art. 146 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.  Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem do zarządzenia Nr 72/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21 kwietnia 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia wynikają z konieczności dostosowania przepisów zarządzenia do aktualnego stanu faktycznego w zakresie refundacji leków stosowanych w chemioterapii, tj. do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 20 sierpnia 2021 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 września 2021 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz.65), wydanego na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 523).  Projektowane zmiany wpisują się w kluczowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia cele określone w Strategii na lata 2019-2023 jak: (cel 2) poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz (cel 5) poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej.  Najważniejsze zmiany dotyczą:  1.brzmienia § 13 oraz załącznika nr 1e katalog świadczeń podstawowych, i polegają na umożliwieniu rozliczania świadczeń hospitalizacji hematologicznej u dorosłych (kod: 5.08.05.0000170) lub hospitalizacji hematoonkologicznej u dzieci (kod: 5.08.05.0000174), w przypadku leczenia pacjentów substancją czynną tisagenlecleucel z katalogu leków refundowanych stosowanych w programach lekowych, określonych w załączniku nr 1m do zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe, refundowaną w ramach programu lekowego B.65.- Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną, oraz w przypadku leczenia pacjentów substancją czynną midostauryna z katalogu leków refundowanych stosowanych w programach lekowych, określonych w załączniku nr 1m do zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe, refundowaną w ramach programu lekowego B.114 – Leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową;  2. brzmienia § 18 ust. 6 oraz załącznika nr 2 i 9 do zarządzenia, które wynikają z aktualizacji zapisów dotyczących przeprowadzania wspólnych postępowań o udzielenie zamówienia publicznego na zakup leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, analogicznie jak w przypadku programów lekowych;  3. załącznika nr 1n - katalog leków refundowanych stosowanych w chemioterapii i polegają na:  a) dodaniu kodu GTIN dla substancji czynnej:  - 5.08.10.0000029 - Fulvestrantum - GTIN: 05909991422189,  - 5.08.10.0000082 - Anagrelidum - GTIN: 05909991422929,  b) usunięciu substancji czynnej i kodu GTIN dla:  - 5.08.10.0000089 – Crisantaspasum - GTIN: 05060146290302,  c) usunięciu kodu GTIN dla substancji czynnej:  - 5.08.10.0000087 – Voriconazolum - GTIN: 05909991095741, 05909991095840,  - zgodnie ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  4. załącznika nr 1t - katalog refundowanych substancji czynnych, w części B, tj. substancji czynnych zawartych w lekach czasowo niedostępnych w obrocie na terytorium RP i polegają na usunięciu świadczenia o kodzie 5.08.05.0000209 crisantaspasum- inj. - 1000 j.m., w związku z zakończeniem okresu wskazanego do rozliczania świadczeń udzielanych tj. od dnia 27 maja 2021 r. do dnia 31 sierpnia 2021 r.  - zmiana ma charakter porządkujący;  5. załącznika nr 1j - katalog świadczeń wspomagających i polegają na:  a) aktualizacji nazwy świadczenia o kodzie 5.08.05.0000046 oraz w kolumnie Uwagi.  Zmiana ma charakter porządkujący i wynika z wykreślenia crisantaspasum w katalogu 1t i 1n;  b) dodania nowych świadczeń:  - 5.08.05.0000210 - usunięcie infuzora, z wartością 0,00, możliwego do rozliczania ze świadczeniem o kodzie 5.08.05.0000172 - kompleksowa porada ambulatoryjna dotycząca chemioterapii (katalog 1e),  - 5.08.05.0000211 - wizyta kontrolna, z wartością 0,00, możliwego do rozliczania ze świadczeniem o kodzie 5.08.05.0000173 - podstawowa porada ambulatoryjna dotycząca chemioterapii (katalog 1e).  Zmiana ma charakter porządkujący, celem prawidłowej weryfikacji świadczeń.  6. załącznika nr 7 - katalog współczynników korygujących stosowanych w chemioterapii i polegają na obniżenia progu kosztowego uprawniającego do zastosowania współczynnika korygującego dla substancji czynnych o kodach:  a) 5.08.10.0000082 anagrelidum: z 5,9059 zł/mg na 4,7574 zł/mg,  b) 5.08.10.0000094 gefitynibum: z 0,0881 zł/mg na 0,0505 zł/mg,  - po analizie średnich cen leków w miesiącu czerwcu 2021 roku.  Oznaczenie stosowania przepisów do rozliczania świadczeń w sposób wskazany w § 4 zarządzenia, wynika z konieczności zapewnienia ciągłości stosowania przepisów w przedmiotowym zakresie, zgodnie z ww. obwieszczeniem Ministra Zdrowia oraz z terminów obowiązywania decyzji administracyjnych Ministra Zdrowia w sprawie objęcie refundacją i określenia ceny urzędowej leków zawartych w niniejszym zarządzeniu.  Zarządzenie stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 września 2021 r.  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania, z wyjątkiem § 1 pkt 10, dotyczącego katalogu współczynników korygujących stosowanych w chemioterapii, który wchodzi w życie z dniem 1 października 2021 r.  Zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zasięgnie opinii właściwych konsultantów krajowych, a także, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ustawy o świadczeniach, zasięgnie opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców.  Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący. | Wejście w życie 15 października 2021 r. z wyjątkiem § 1 pkt 9, który wchodzi w życie z dniem 1 listopada 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1712021dgl,7428.html) |
| 15.10.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE NR 170/2021/BK PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 14.10.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie procedury ustalania oraz zmiany numeru rachunku bankowego świadczeniodawców, podmiotów prowadzących apteki lub punkty apteczne oraz pozostałych kontrahentów | Niniejsze zarządzenie wprowadza zmiany do zarządzenia nr 60/2011/BK Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 października 2011 r. z późn. zm. w sprawie procedury ustalania oraz zmiany numeru rachunku bankowego świadczeniodawców, podmiotów prowadzących apteki lub punkty apteczne, zagranicznych podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej oraz pozostałych kontrahentów.  Celem nowelizacji jest określenie sposobu postępowania w przypadku podpisywania w formie elektronicznej aneksów do umów zawartych przez Fundusz ze świadczeniodawcami, podmiotami prowadzącymi apteki lub punkty apteczne, zagranicznymi podmiotami udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej oraz pozostałymi kontrahentami w zakresie zmiany rachunku bankowego.  Zmiana zarządzenia stanowi realizację celu strategicznego NFZ nr 6: Optymalizacja procesów wewnętrznych | Wejście w życie 15 października 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1702021bk,7427.html) |
| 15.10.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 169/2021/DSM PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 14.10.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć | Niniejsza zmiana zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie: świadczenia w izbie, wynika z konieczności dostosowania § 4 – Warunki finansowania świadczeń oraz § 5 – Kary umowne załącznika do zarządzenia stanowiącego wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie: świadczenia w izbie do przepisów § 16 załącznika rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.).  Mając na uwadze to, iż zmiany mają charakter porządkowy, wynikający wprost z przepisów prawa, tym samym uznano, iż projekt nie podlega konsultacjom społecznym.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 15 października 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1692021dsm,7426.html) |
| 15.10.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wymagań dotyczących apteczek okrętowych i apteczek medycznych oraz wzoru karty zdrowia dla marynarza na statku morskim | Projekt rozporządzenia określa wymagania dotyczące wyposażenia apteczek okrętowych w odpowiednie rodzaje i ilości produktów leczniczych, wyrobów medycznych i odtrutek oraz ich ewidencjonowania a także wymagania dotyczące wyposażenia środków ratunkowych w apteczki medyczne, odpowiednie rodzaje i ilości produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz ich ewidencjonowania.  Projekt zakłada konieczność wdrożenia przepisów dyrektywy Komisji (UE) 2019/1834 z dnia 24 października 2019 r. zmieniającej załączniki II i IV do dyrektywy Rady 92/29/EWG w odniesieniu do dostosowań wyłącznie technicznych (Dz. Urz. UE L 279 z 31.10.2019, str. 80), a tym samym dostosowanie do nowych wymagań dotyczących wyposażenia apteczek okrętowych w odpowiednie produkty lecznicze i wyroby medyczne, według grup wskazań terapeutycznych w odniesieniu do określonych rodzajów statków oraz odpowiednie rodzaje odtrutek, w jakie wyposaża się apteczki okrętowe typu A i B wynikających ww. dyrektywy. | Konsultacje społeczne do 21 października 2021 r. ([dep-zp@mz.gov.pl](mailto:dep-zp@mz.gov.pl)) | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12352302/12822359/12822360/dokument525462.pdf) |
| 15.10.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. poz. 1213, z późn. zm.) nakłada na podmioty lecznicze posiadające w swoich strukturach szpitalny oddział ratunkowy obowiązek:  1) organizacji w szpitalu miejsca udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;  2) organizacji gabinetu do przeprowadzenia segregacji medycznej, w liczbie niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania obszaru;  3) zapewnienia, aby ordynatorem (lekarzem kierującym oddziałem) był lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej;  4) miejsca izolacji w oddziale;  5) pomieszczeń sanitarno-higienicznych przystosowanych dla osób niepełnosprawnych;  6) posiadania lotniska, bądź lądowiska.  W projekcie przewiduje się, że powyższe wymagania należy spełnić w określonych terminach do dnia 1 stycznia 2021 r., a w przypadku pkt 6 do dnia 1 stycznia 2022 r. Z uwagi na obecną sytuację epidemii spowodowanej wirusem SARS-CoV-2, jak również ze względu na ograniczone możliwości realizacji inwestycji budowlanych oraz braki kadry lekarskiej, spełnienie tych wymagań we wskazanym terminie przez część szpitali jest niemożliwe. Stwarza to ryzyko zamknięcia części szpitalnych oddziałów ratunkowych, co może narazić na niebezpieczeństwo zdrowotne obywateli.  Ponadto obecnie wątpliwości budzi termin obowiązywania przepisów odnoszących się do segregacji medycznej oraz systemu TOPSOR. W art. 19 ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 399, z późn. zm.) termin stosowania tych przepisów został określony na dzień 1 lipca 2021 r., zaś w rozporządzeniu analogiczny przepis nie został wprowadzony.  Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego wydłuża okres na dostosowanie szpitalnych oddziałów ratunkowych do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego w zakresie, o którym mowa wyżej. Nowy termin określony w projektowanym rozporządzeniu został określony na dzień 1 lipca 2022 r. Ponadto dostosowano termin wejścia w życie przepisów odnoszących się do segregacji medycznej w oparciu o system TOPSOR, do terminu wyznaczonego na dzień 1 lipca 2021 r. w art. 19 ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. | Komisja Prawnicza | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12345903/12781831/12781832/dokument499708.pdf) |
| 14.10.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 października 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie współdziałania między organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Inspekcji Weterynaryjnej oraz Inspekcji Ochrony Środowiska w zakresie zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych, które mogą być przenoszone ze zwierząt na ludzi lub z ludzi na zwierzęta | Projekt rozporządzenia określa zasady współdziałania między organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Inspekcji Weterynaryjnej oraz Inspekcji Ochrony Środowiska w zakresie zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych, które mogą być przenoszone ze zwierząt na ludzi lub z ludzi na zwierzęta, w związku z potrzebą wzajemnego informowania się przez terenowe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej i organy Inspekcji Weterynaryjnej o wystąpieniu zakażenia wirusem SARS-CoV-2 u zwierząt, jak i osób mających kontakt z norkami lub jenotami (personel ferm hodowlanych norek lub jenotów). Celem projektowanego rozporządzenia jest dodanie do wykazu zakażeń i chorób zakaźnych objętych współdziałaniem organów wirusa SARS-CoV-2, jako czynnika zakaźnego, odpowiadającego za zachorowania spowodowane wirusem SARS-CoV-2 zarówno u ludzi, jak i norek lub jenotów, co może stanowić zagrożenie na fermach norek lub jenotów, na których utrzymywane są zwierzęta wrażliwe na tego wirusa, ale również chore zwierzęta mogą być źródłem wirusa dla pracującego tam personelu.  Projekt rozporządzenia wprowadza zmiany w § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 stycznia 2013 r. w sprawie współdziałania między organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Inspekcji Weterynaryjnej oraz Inspekcji Ochrony Środowiska w zakresie zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych, które mogą być przenoszone ze zwierząt na ludzi lub z ludzi na zwierzęta (Dz. U. poz. 160), zwanego dalej „rozporządzeniem”, przez dodanie w pkt 1 lit. j wskazującej rozpoznanie zakażenia wirusem SARS-CoV-2 u osób mających kontakt z norkami lub jenotami, co faktycznie dotyczy pracowników ferm hodowlanych norek lub jenotów, mających kontakt zawodowy z tymi zwierzętami. Zgodnie z kolei z § 4 pkt 2 rozporządzenia stwierdzenie obecności wirusa SARS-CoV-2 w próbkach pobranych od osób mających kontakt z norkami lub jenotami stanowić będzie okoliczność, w której powstaje obowiązek po stronie państwowego powiatowego inspektora sanitarnego niezwłocznego, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin od chwili powzięcia tej informacji, poinformowania o tym właściwego powiatowego lekarza weterynarii. Zmiana w § 6 rozporządzenia polega na odpowiednim dodaniu w pkt 1 rozpoznania zakażenia wirusem SARS-CoV-2 u zwierząt oraz w pkt 2 – stwierdzenia obecności wirusa SARS-CoV-2 w próbkach do badań pobranych od zwierząt, jako okoliczności, w których powstaje obowiązek po stronie powiatowego lekarza weterynarii poinformowania o tym niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin od chwili powzięcia tej informacji, właściwego państwowego powiatowego inspektora sanitarnego. Jest to informacja niezbędna do prowadzenia przez powiatowego inspektora sanitarnego dochodzenia epidemiologicznego oraz podjęcia działań przeciwepidemicznych wobec znajdujących się w ognisku ludzi, którzy mieli kontakt z zakażonymi/chorymi zwierzętami. Jednocześnie dokonano aktualizacji załącznika do rozporządzenia polegającej na dodaniu zakażenia wirusem SARS-CoV-2 do wykazu zakażeń i chorób zakaźnych objętych współdziałaniem organów. | Wejście w życie 14 października 2021 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 października 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie współdziałania między organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Inspekcji Weterynaryjnej oraz Inspekcji Ochrony Środowiska w zakresie zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych, które mogą być przenoszone ze zwierząt na ludzi lub z ludzi na zwierzęta (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000185901.pdf) |
| 13.10.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 września 2021 r. w sprawie ogólnopolskiego kardiologiczno-kardiochirurgicznego rejestru przezcewnikowego leczenia zastawek serca „POL-TaVALVE” | Brak wiarygodnych i rzetelnych narzędzi uniemożliwiających monitorowanie wyników leczenia w perspektywie wczesnej, średnio i długoterminowej, u pacjentów poddawanych przezcewnikowym zabiegom na zastawkach serca. Potrzeba obiektywnej oceny jakości przeprowadzanych przezcewnikowych zabiegów leczenia zastawek serca, przede wszystkim pod względem jakości, bezpieczeństwa, skuteczności i efektywności stosowanych metod leczenia.  Rekomendowanym rozwiązaniem jest utworzenie rejestru medycznego gromadzącego dane dotyczące wykonywanych w Rzeczypospolitej Polskiej przezcewnikowych zabiegów na zastawkach serca, tj. zastawce aortalnej, mitralnej, trójdzielnej i płucnej. Analiza gromadzonych w rejestrze danych pozwoli na obiektywną ocenę wyników zastosowanego leczenia u usługobiorców w perspektywie wczesnej, średnio-, jak i długoterminowej w podmiotach wykonujących te wysokospecjalistyczne świadczenia. Wdrożenie rejestru pozwoli na:   1. monitorowanie jakości, skuteczności i bezpieczeństwa leczenia wad serca metodami przezcewnikowymi w perspektywie wczesnej, średnio- i długoterminowej; 2. monitorowanie wskazań i przeciwwskazań do leczenia wad serca metodami przezcewnikowymi; 3. zdefiniowanie istotnych czynników ryzyka wczesnych i odległych powikłań i niepowodzeń po leczeniu usługobiorców metodami przezcewnikowymi; 4. opracowanie metod skutecznego zapobiegania powikłaniom około- i pozabiegowym; 5. poprawę praktyki klinicznej w leczeniu wad zastawkowych serca; 6. przeprowadzenie analizy porównawczej poszczególnych usługodawców pod względem osiąganych wyników leczenia wad serca metodami przezcewnikowymi; 7. przeprowadzenie analizy wyników leczenia wad serca metodami przezcewnikowymi w odniesieniu do wyników osiąganych przy zastosowaniu metod chirurgicznych, gromadzonych w Krajowym Rejestrze Operacji Kardiochirurgicznych.   W państwach członkowskich Unii Europejskiej i na świecie od wielu lat istnieją rejestry medyczne służące gromadzeniu i ewaluacji danych o przeprowadzanych procedurach przezcewnikowego leczenia zastawek serca, które są źródłem obiektywnej i wiarygodnej informacji pozwalającej na monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia wad zastawkowych serca u osób, u których leczenie metodą chirurgiczną jest niewskazane lub jest obarczone zbyt wysokim ryzykiem operacyjnym. Utworzenie podobnego rejestru w Rzeczypospolitej Polskiej pozwoli na poszerzenie aktualnej wiedzy medycznej na temat bezpieczeństwa i skuteczności przezcewnikowej metody leczenia, jak również porównanie wyników przezcewnikowego leczenia zastawek serca w Rzeczypospolitej Polskiej z danymi pochodzącymi z innych krajów prowadzących podobne rejestry medyczne. Dzięki temu rejestr będzie mógł stanowić podstawę do ustalenia w przyszłości optymalnych standardów leczenia wad zastawkowych serca w kraju, jak również na świecie.  Rejestr będzie prowadzony w systemie teleinformatycznym zapewniającym interoperacyjność i powiązanie z innymi rejestrami medycznymi, w szczególności z Narodowym Funduszem Zdrowia i innymi rejestrami kardiologicznymi. Rejestr będzie wykorzystywał szeroko stosowane w ochronie zdrowia skale i klasyfikacje, w tym Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD). W przypadku daty i przyczyny zgonu (§ 4 pkt 1 lit. h), zarówno usługodawcy, jak i Narodowy Fundusz Zdrowia, będą przekazywać informacje odnoszące się do zgonów szpitalnych.  Spodziewanym efektem wynikającym z wdrożenia rejestru POL-TaVALVE jest optymalizacja wyników leczenia, poprawa stanu zdrowia i jakości życia pacjentów leczonych przezcewnikowymi metodami wymiany lub naprawy zastawek. | Wejście w życie 26 października 2021 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 września 2021 r. w sprawie ogólnopolskiego kardiologiczno-kardiochirurgicznego rejestru przezcewnikowego leczenia zastawek serca „POL-TaVALVE” (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000184901.pdf) |
| 13.10.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 168/2021/DSM PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 12.10.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej | Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 71/2017/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2017 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, wynika z konieczności dostosowania § 5 - Warunki finansowania świadczeń oraz § 6 - Kary umowne załącznika do zarządzenia stanowiącego wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej do przepisów § 16 załącznika rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.).  Mając na uwadze to, iż zmiany przyjęte niniejszym zarządzeniem mają charakter porządkowy, wynikający wprost z przepisów prawa, to tym samym uznano, iż projekt nie podlega konsultacjom społecznym.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 13 października 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1682021dsm,7425.html) |
| 13.10.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 167/2021/DGL PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 12.10.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe | Zarządzenie stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, na mocy którego Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zobowiązany jest do określenia przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe.  Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem do zarządzenia Nr 162/2020/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 października 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe wynikają z konieczności dostosowania przepisów zarządzenia do aktualnego stanu faktycznego w zakresie refundacji leków stosowanych w programach lekowych, tj. do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 20 sierpnia 2021 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 września 2021 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 65), wydanego na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 523), zwanej dalej „ustawą o refundacji”.  Projektowane zmiany wpisują się w kluczowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia cele określone w Strategii na lata 2019-2023 jak: (cel 2) poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz (cel 5) poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej.  Najważniejsze zmiany dotyczą:  1) zmiany brzmienia § 9 pkt 4 treści zarządzenia, w związku z dodaniem do obwieszczenia refundacyjnego programu lekowego: „Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona” oraz koniecznością kwalifikacji pacjentów do terapii substancją czynną tisagenlecleucel w ramach programu lekowego „Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną” przez Zespół Koordynacyjny ds. CAR-T;  2) zmiany brzmienia § 26 treści zarządzenia polegającej na umożliwieniu rozliczania świadczeń z katalogu świadczeń podstawowych, określonego w załączniku nr 1e do zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia o kodzie 5.08.05.0000170 – hospitalizacja hematologiczna u dorosłych lub 5.08.05.0000174 - hospitalizacja hematoonkologiczna u dzieci, w przypadku leczenia pacjentów substancją czynną tisagenlecleucel refundowaną w ramach programu lekowego B.65.- Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną, oraz w przypadku leczenia pacjentów substancją czynną midostauryna refundowaną w ramach programu lekowego B.114. – Leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową;  3) załącznika nr 1k do zarządzenia, określającego Katalog świadczeń i zakresów i polegają na:  a) dodaniu kodu zakresów:  - 03.0000.361.02 „Leczenie chorych na wczesnodziecięcą postać cystynozy nefropatycznej”,  - 03.0000.422.02 „Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu”,  - 03.0000.423.02 „Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona”,  b ) zmianie nazwy kodu zakresu 03.0000.420.02 z „Leczenie cukrzycowego obrzęku plamki (DME)” na „Leczenie chorych na cukrzycowy obrzęk plamki (DME)”,  c) dodaniu znaku „x” w wierszu nr 51 dotyczącym zakresu 03.0000.365.02 „Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną” w kolumnie odnoszącej się do świadczenia o kodzie 5.08.07.0000023 „kwalifikacja do leczenia w programie lekowym oraz weryfikacja jego skuteczności”,  d) zmianie treści uwagi odnoszącej się do świadczenia 5.08.07.0000023 „kwalifikacja do leczenia w programie lekowym oraz weryfikacja jego skuteczności”,  - w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  4) załącznika nr 1l do zarządzenia, określającego Katalog ryczałtów za diagnostykę i polegają na:  a) dodaniu kodów świadczeń:  - 5.08.08.0000069 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na wczesnodziecięcą postać cystynozy nefropatycznej”,  - 5.08.08.0000158 „Diagnostyka w programie leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu”,  - 5.08.08.0000159 „Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Wilsona – 1 rok terapii”,  - 5.08.08.0000160 „Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Wilsona - 2 i kolejny rok terapii”,  - 5.08.08.0000161 „Diagnostyka w programie lekowym leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną – monitorowanie terapii tisagenlecleucelem”,  b) zmianie nazwy świadczenia o kodzie 5.08.08.0000073 z „Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną” na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną (dazatynib, ponatynib, blinatumomab, inotuzumab ozogamycyny)”,  c) zmianie nazwy świadczenia o kodzie 5.08.08.0000156 z „Diagnostyka w programie leczenia cukrzycowego obrzęku plamki (DME) – kwalifikacja” na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na cukrzycowy obrzęk plamki (DME) – kwalifikacja”,  d) zmianie nazwy świadczenia o kodzie 5.08.08.0000157 z „Diagnostyka w programie leczenia cukrzycowego obrzęku plamki (DME) – monitorowanie” na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na cukrzycowy obrzęk plamki (DME) – monitorowanie”,  - w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  5) załącznika nr 1m do zarządzenia, określającego Katalog leków refundowanych stosowanych w programach lekowych i polegają na:  a) dodaniu kodów GTIN dla substancji czynnych:  - 5.08.09.0000006 Bevacizumabum - GTIN: 08436596260047, 08436596260030,  - 5.08.09.0000048 Palivizumabum - GTIN: 05000456067720, 05000456067713,  - 5.08.09.0000057 Sorafenibum - GTIN: 07613421047009, 05909991440145,  - 5.08.09.0000165 Palbociclibum – GTIN: 05415062353684, 05415062353691, 05415062353677,  b) usunięciu kodów GTIN dla substancji czynnych:  - 5.08.09.0000001 Adalimumabum – GTIN: 08054083011905, 08054083011912,  - 5.08.09.0000048 Palivizumabum - GTIN: 08054083006093, 08054083006109,  c) zmianie nazwy, postaci i dawki leku dla substancji czynnej: 5.08.09.0000062 z „Botox, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 100 Jednostek Allergan” na „Botox, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 100 jednostek Allergan kompleksu neurotoksyny Clostridium botulinum typu A”,  d) dodaniu substancji czynnych i kodów GTIN:  - 5.08.09.0000086 Ipilimumabum – GTIN: 05909990872442, 05909990872459,  - 5.08.09.0000205 Lanadelumabum – GTIN: 05060147027884,  - 5.08.09.0000206 Mercaptamini bitartras – GTIN: 05909990213689,  - 5.08.09.0000207 Tisagenlecleucelum – GTIN: 05909991384388,  - 5.08.09.0000208 Trientinum tetrahydrochloridum – GTIN: 05350626000102,  - w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym,  e) oznaczenie substancji czynnej: 5.08.09.0000057 Sorafenibum jako substancji, której średni koszt rozliczenia podlega monitorowaniu zgodnie z § 30 zarządzenia;  6) załącznika nr 3 do zarządzenia, określającego Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu programów lekowych i polegają na:  a) zmianie wymagań dla programu B.56. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego, w związku z uwagami zgłoszonymi przez Polskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej, Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi oraz Łódzki Oddział Wojewódzki NFZ,  b) zmianie wymagań dla programu B.65. Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym,  c) zmianie wymagań dla programu B.70. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) od dnia 1 stycznia 2022 r., w związku z uwagami zgłoszonymi przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie okulistyki,  d) zmianie nazwy zakresu dla programu B.120. z „Leczenie cukrzycowego obrzęku plamki (DME)” na „Leczenie chorych na cukrzycowy obrzęk plamki (DME)”;  e) dodaniu wymagań dla programów lekowych:  - B.61. Leczenie chorych na wczesnodziecięcą postać cystynozy nefropatycznej,  - B.122. Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu,  - B.123. Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona,  - w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  7) załącznika nr 4 do zarządzenia, określającego Wykaz programów lekowych i polegają na:  a) dodaniu substancji czynnej ipilimumab w programie lekowym B.59. „Leczenie czerniaka skóry lub błon śluzowych”,  b) dodaniu substancji czynnej tisagenlecleucel w programie lekowym B.65. „Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną”,  c) zmianie nazwy programu lekowego B.120. z „Leczenie cukrzycowego obrzęku plamki (DME)” na „Leczenie chorych na cukrzycowy obrzęk plamki (DME)”,  d) dodaniu substancji czynnej ranibizumab w programie lekowym B.120. „Leczenie chorych na cukrzycowy obrzęk plamki (DME)”,  e) dodaniu programów lekowych:  - B.61. Leczenie chorych na wczesnodziecięcą postać cystynozy nefropatycznej,  - B.122. Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu,  - B.123. Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona,  - w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  8) załącznika nr 5 do zarządzenia, określającego katalog współczynników korygujących w programach lekowych i polegają na obniżeniu progu kosztowego uprawniającego do zastosowania współczynnika korygującego dla substancji czynnych o kodach:  - 5.08.09.0000008 bosentanum: z 0,1143 na 0,0975,  - 5.08.09.0000065 trastuzumabum (postać dożylna): z 2,5337 na 2,2247,  po analizie średnich cen leków w miesiącu czerwcu 2021 roku;  9) załącznika nr 9 do zarządzenia, określającego zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia chorób ultrarzadkich oraz weryfikację jego skuteczności, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  10) załącznika nr 11 do zarządzenia, określającego zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia w chorobach siatkówki oraz weryfikację skuteczności leczenia, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  11) dodania załącznika nr 24 do zarządzenia, określającego zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia tisagenlecleucelem w programie lekowym Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną oraz weryfikację jego skuteczności, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  12) dodania załącznika nr 25 do zarządzenia, określającego zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia choroby Wilsona oraz weryfikację jego skuteczności, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym.  Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący.  Oznaczenie momentu stosowania przepisów w sposób wskazany w § 4 zarządzenia wynika z konieczności zapewnienia ciągłości stosowania przepisów w przedmiotowym zakresie, zgodnie z ww. obwieszczeniem Ministra Zdrowia oraz z terminów obowiązywania decyzji administracyjnych Ministra Zdrowia w sprawie objęcia refundacją i określenia ceny urzędowej leków zawartych w niniejszym zarządzeniu.  Wobec powyższego zarządzenie stosuje się do świadczeń udzielanych od dnia 1 września 2021 r.  Do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2022 r. stosuje się przepisy załącznika nr 3 do zarządzenia w brzmieniu określonym w załączniku nr 5 do niniejszego zarządzenia.  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania, z wyjątkiem:  1) § 1 pkt 5 w zakresie świadczeń o kodach 5.08.08.0000154 i 5.08.08.0000155, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.,  2) § 1 pkt 8 w zakresie załącznika nr 5 do zarządzenia, który wchodzi w życie z dniem 1 października 2021 r.  Zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zasięgnie opinii właściwych konsultantów krajowych, a także zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ustawy o świadczeniach, zasięgnie opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców. | Wejście w życie 13 października 2021 r. z wyjątkiem:  1) § 1 pkt 4 w zakresie świadczeń o kodach 5.08.08.0000154 i 5.08.08.0000155,  2) § 1 pkt 6 lit. b  - które wchodzą w życie z dniem 1 stycznia 2022 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1672021dgl,7424.html) |
| 13.10.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 166/2021/DSM PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 12.10.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny | Niniejsza zmiana zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, wynika z konieczności dostosowania § 4 - Warunki finansowania świadczeń oraz § 5 - Kary umowne załącznika do zarządzenia stanowiącego wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny do przepisów § 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.).  Mając na uwadze to, iż zmiany przyjęte niniejszym zarządzeniem mają charakter porządkowy, wynikający wprost z przepisów prawa, to tym samym uznano, iż projekt nie podlega konsultacjom społecznym.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 13 października 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1662021dsm,7423.html) |
| 12.10.2021 | Obwieszczenie Ministra Zdrowia | OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 20 września 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Krajowego Rejestru Pacjentów z COVID-19 | Ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2020 r. w sprawie Krajowego Rejestru Pacjentów z COVID-19 (Dz. U. poz. 625), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych:  1) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 maja 2020 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie Krajowego Rejestru Pacjentów z COVID-19 (Dz. U. poz. 873);  2) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2021 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie Krajowego Rejestru Pacjentów z COVID-19 (Dz. U. poz. 636) | Wejście w życie 12 października 2021 r. | [Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Krajowego Rejestru Pacjentów z COVID-19 (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000183701.pdf) |
| 12.10.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie współdziałania między organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Inspekcji Weterynaryjnej oraz Inspekcji Ochrony Środowiska w zakresie zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych, które mogą być przenoszone ze zwierząt na ludzi lub z ludzi na zwierzęta | Projekt rozporządzenia określa zasady współdziałania między organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Inspekcji Weterynaryjnej oraz Inspekcji Ochrony Środowiska w zakresie zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych, które mogą być przenoszone ze zwierząt na ludzi lub z ludzi na zwierzęta, w związku z potrzebą wzajemnego informowania się przez terenowe organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej i organy Inspekcji Weterynaryjnej o wystąpieniu zakażenia wirusem SARS-CoV-2 u zwierząt, jak i osób mających kontakt z norkami lub jenotami (personel ferm hodowlanych norek lub jenotów). Celem projektowanego rozporządzenia jest dodanie do wykazu zakażeń i chorób zakaźnych objętych współdziałaniem organów wirusa SARS-CoV-2, jako czynnika zakaźnego, odpowiadającego za zachorowania spowodowane wirusem SARS-CoV-2 zarówno u ludzi, jak i norek lub jenotów, co może stanowić zagrożenie na fermach norek lub jenotów, na których utrzymywane są zwierzęta wrażliwe na tego wirusa, ale również chore zwierzęta mogą być źródłem wirusa dla pracującego tam personelu.  Projekt rozporządzenia wprowadza zmiany w § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 stycznia 2013 r. w sprawie współdziałania między organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Inspekcji Weterynaryjnej oraz Inspekcji Ochrony Środowiska w zakresie zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych, które mogą być przenoszone ze zwierząt na ludzi lub z ludzi na zwierzęta (Dz. U. poz. 160), zwanego dalej „rozporządzeniem”, przez dodanie w pkt 1 lit. j wskazującej rozpoznanie zakażenia wirusem SARS-CoV-2 u osób mających kontakt z norkami lub jenotami, co faktycznie dotyczy pracowników ferm hodowlanych norek lub jenotów, mających kontakt zawodowy z tymi zwierzętami. Zgodnie z kolei z § 4 pkt 2 rozporządzenia stwierdzenie obecności wirusa SARS-CoV-2 w próbkach pobranych od osób mających kontakt z norkami lub jenotami stanowić będzie okoliczność, w której powstaje obowiązek po stronie państwowego powiatowego inspektora sanitarnego niezwłocznego, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin od chwili powzięcia tej informacji, poinformowania o tym właściwego powiatowego lekarza weterynarii. Zmiana w § 6 rozporządzenia polega na odpowiednim dodaniu w pkt 1 rozpoznania zakażenia wirusem SARS-CoV-2 u zwierząt oraz w pkt 2 – stwierdzenia obecności wirusa SARS-CoV-2 w próbkach do badań pobranych od zwierząt, jako okoliczności, w których powstaje obowiązek po stronie powiatowego lekarza weterynarii poinformowania o tym niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin od chwili powzięcia tej informacji, właściwego państwowego powiatowego inspektora sanitarnego. Jest to informacja niezbędna do prowadzenia przez powiatowego inspektora sanitarnego dochodzenia epidemiologicznego oraz podjęcia działań przeciwepidemicznych wobec znajdujących się w ognisku ludzi, którzy mieli kontakt z zakażonymi/chorymi zwierzętami. Jednocześnie dokonano aktualizacji załącznika do rozporządzenia polegającej na dodaniu zakażenia wirusem SARS-CoV-2 do wykazu zakażeń i chorób zakaźnych objętych współdziałaniem organów. | Skierowanie aktu do ogłoszenia | [Projekt (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/projekt/12349469) |
| 12.10.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia w sprawie składu i sposobu działania komisji orzekającej o stanie zdrowia farmaceuty | Projekt rozporządzenia stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego art. 22 ust. 9 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2021 r. poz. 97), na podstawie którego minister właściwy do spraw zdrowia wyda rozporządzenie, w sprawie określenia składu komisji złożonej z lekarzy specjalistów z odpowiednich dziedzin medycyny, która wydaje orzeczenie o stanie zdrowia farmaceuty oraz sposób jej działania, a także tryb orzekania o stanie zdrowia farmaceuty.  Przedmiotowe rozporządzenie ma na celu określenie wymagań dotyczących osób wchodzących w skład komisji lekarskich, trybu orzekania o niezdolności do wykonywania zawodu oraz szczegółowego sposobu i trybu postępowania  w sprawach zawieszania prawa wykonywania zawodu albo ograniczenia wykonywania określonych czynności zawodowych farmaceuty. Komisja lekarska orzekająca w ww. zakresie ma być powoływana przez właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu okręgową radę aptekarską,. W skład komisji wchodzi trzech lekarzy specjalistów, wykonujących zawód lekarza co najmniej od 5 lat oraz posiadających specjalizację w odpowiedniej dziedzinie medycyny.  Farmaceuta może być poddany niezbędnym badaniom lekarskim i obserwacji w podmiocie leczniczym. Efektem prac komisji jest wydanie orzeczenia w przedmiocie niezdolności farmaceuty do wykonywania zawodu, lub wykonywania ściśle określonych czynności ze względu na stan zdrowia.  Na podstawie orzeczenia komisji lekarskiej okręgowa rada aptekarska podejmuje uchwałę o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu farmaceuty na okres trwania niezdolności do wykonywania zawodu albo uchwałę o ograniczeniu wykonywania ściśle określonych czynności zawodowych na okres trwania niezdolności do wykonywania zawodu. | Komisja Prawnicza | [Projekt (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/projekt/12347954/katalog/12795116#12795116) |
| 11.10.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | Projekt zarządzenia zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne– świadczenia kompleksowe | Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”. Przedmiotowa zmiana w zakresie merytorycznym wynika bezpośrednio (symetryzacja przepisów) z zarządzenia Nr 55/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne. W niniejszym zarządzeniu zmieniającym zarządzenie Nr 166/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe wprowadzono zmiany w związku z opublikowanym obwieszczeniem Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 29 września 2021 r. w sprawie taryfy dla świadczeń gwarantowanych z obszaru kardiochirurgii obejmujących pomostowanie naczyń wieńcowych. Opublikowane obwieszczenie dotyczy taryfy dla świadczeń gwarantowanych z obszaru kardiochirurgii obejmujących pomostowanie naczyń wieńcowych:  - Pomostowanie naczyń wieńcowych z plastyką;   - Pomostowanie naczyń wieńcowych z pw >=2;  - Pomostowanie naczyń wieńcowych bez pw W związku z tym, w zarządzeniu dokonano modyfikacji w obrębie grup obejmujących procedury pomostowania aortalno-wieńcowego, polegających na utworzeniu trzech grup w miejsce czterech istniejących dotychczas. Pozostawiono grupę E04 łączącą w ramach jednej hospitalizacji procedury interwencyjne z zabiegami kardiochirurgicznymi. Z uwagi na fakt, iż przeprowadzone przez AOTMiT analizy wykazały brak wpływu wieku pacjentów na koszty leczenia, natomiast wysoki wpływ innych czynników (m.in.: „NYHA<II”, "komplikacje", "LVEF<32", "leki inotropowe","EGFR<62", "choroby nerek", "migotanie napadowe", "J960 J969" ), dotychczasowe grupy E05, E06 i E07 połączono i dokonano podziału na dwa produkty, zróżnicowane występowaniem powikłań lub ich brakiem: E05G - Pomostowanie naczyń wieńcowych z pw >=2 oraz E06G - Pomostowanie naczyń wieńcowych bez pw. Jednocześnie podwyższono, zgodnie z opublikowaną taryfą, wycenę przedmiotowych świadczeń, co pozwoli na utrzymanie wysokiego standardu leczenia w sytuacji rosnących kosztów wynikających ze wzrostu płac, który powoduje wzrost kosztów funkcjonowania oddziałów i procedur na bloku operacyjnym.  Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320 z późn. zm.), zostanie poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 14 dni. W ramach konsultacji projekt zostanie przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach. Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Skutki finansowe wprowadzonej zmiany zostały uwzględnione w zarządzeniu zmieniającym (projekt z dnia 06 października 2021 r.) zarządzenie Nr 55/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn zm.).  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 listopada 2021 r. | Opinie i uwagi do dnia 22 października 2021 r. ([szpital.dsoz@nfz.gov.pl](mailto:szpital.dsoz@nfz.gov.pl)) | [Projekty zarządzeń / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/projekty-zarzadzen/projekt-zarzadzenia-leczenie-szpitalne-swiadczenia-kompleksowe,6750.html) |
| 11.10.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 164/2021/DSOZPREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 08.10.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 | Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 42/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 marca 2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 stanowi wykonanie polecenia Ministra Zdrowia wyrażonego w piśmie z dnia 5 października 2021 r. (znak: DLU.736.302.2021.KB). Na jego podstawie wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 prowadzonym przez Narodowy Fundusz Zdrowia od dnia 5 października 2021 r. obejmuje jedno izolatorium na terenie danego województwa. Aktualnie, ze względu na pogarszającą się sytuację epidemiczną, której rezultatem jest stale zwiększająca się liczba osób zakażonych wirusem SARS-CoV-2, co przekłada się na zwiększoną liczbę osób wymagających izolacji, zasadne jest wznowienie funkcjonowania i finansowania izolatoriów, przy czym wystarczające będzie utrzymywanie jednego izolatorium na terenie danego województwa. Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu wpisuje do wykazu izolatorium wskazane przez wojewodę na podstawie art. 33 ust. 7 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2020 r. poz. 1845, z późn. zm.). Przywrócono więc produkty rozliczeniowe dedykowane rozliczaniu świadczeń udzielanych w izolatoriach. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach (Dz. U. z 2021 r. poz. 965) opieka w izolatorium polega na zapewnieniu pobytu w obiekcie, spełniającym kryteria określone w niniejszym standardzie oraz opieki zdrowotnej personelu medycznego, u których stwierdzono zachorowanie na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2 lub podejrzenie zachorowania, jeżeli zostały przez lekarza skierowane do leczenia lub diagnostyki laboratoryjnej w kierunku wirusa SARS-CoV-2 w ramach izolacji odbywanej poza szpitalem, lub którym lekarz zlecił izolację w warunkach domowych. Przedmiotowe świadczenia będą finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.  Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 5 października 2021 r. i wchodzą w życie z dniem następującym po dniu podpisania. | Wejście w życie 9 października 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1642021dsoz,7422.html) |
| 07.10.2021 | Zarządzenie Ministra Zdrowia | Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2021 r. w sprawie powołania Komitetu Audytu | Traci moc zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 października 2019 r. w sprawie powołania Komitetu Audytu (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 92). | Wejście w życie 8 października 2021 r. | [Zarządzenie (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/78/akt.pdf) |
| 07.10.2021 | Zarządzenie Ministra Zdrowia | Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2021 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw wypracowania rozwiązań w zakresie farmacji klinicznej oraz działalności farmaceutów w podmiotach leczniczych wraz wykazem badań diagnostycznych wykonywanych przez farmaceutów | Do zadań Zespołu należy:  1) stworzenie modelu usług farmacji klinicznej, o których mowa w art. 3 pkt 7 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2021 r. poz. 97 i 1559), oraz określenie narzędzi do wykonywania obszarów aktywności zawodowych farmaceuty szpitalnego, realizowanych na terytorium Rzeczypospolitej  Polskiej, wraz z określeniem standardu świadczenia tych usług oraz sposobu monitorowania, w tym ewaluacji ich realizacji;  2) ustalenie przedmiotu i zakresu zadań farmaceuty klinicznego i szpitalnego w ramach usług, o których mowa w pkt 1;  3) określenie przedmiotu i zakresu niezbędnych zmian w kształceniu farmaceutów klinicznych i szpitalnych w celu urealnienia realizacji usług, o których mowa w pkt 1;  4) określenie kierunków i modelu przyszłej realizacji pilotaży w zakresie, o którym mowa w pkt 1;  5) określenie wykazu badań diagnostycznych, o których mowa w art. 4 ust. 7 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty. | Wejście w życie 8 października 2021 r. | [Zarządzenie z dnia 6 października 2021 r. (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/77/akt.pdf) |
| 06.10.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 161/2021/DSM PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 05.10.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe | Niniejsza zmiana zarządzenia Nr 21/2020/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe, wynika z konieczności dostosowania § 4 (Warunki finansowania świadczeń) oraz § 5 (Kary umowne) załącznika nr 2 do zarządzenia stanowiącego wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego do przepisów § 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.).  Zważywszy, iż zmiany wprowadzone do zarządzenia mają charakter porządkowy polegający wyłącznie na dostosowaniu przepisów zarządzenia do ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia, uznano, iż projekt nie podlega konsultacjom społecznym.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 5 października 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1612021dsm,7421.html) |
| 06.10.2021 | Uchwała Rady Ministrów | Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.” | Głównym dokumentem strategicznym, określającym kierunki rozwoju Rzeczypospolitej Polskiej jest „Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.)” (SOR). Dokument przyjęty przez Radę Ministrów 14 lutego 2017 r. określa cele rozwojowe w obszarze średnio- i długofalowej polityki gospodarczej. SOR wyznaczył nowe zasady, cele i priorytety rozwoju kraju w wymiarze gospodarczym, społecznym, w tym zdrowotnym, i przestrzennym, zawarte są w nim rekomendacje dla polityk publicznych. Zgodnie z ustawą z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. z 2019 r. poz. 1295) polityką publiczną jest dokument określający podstawowe uwarunkowania, cele i kierunki rozwoju kraju w wymiarze społecznym, gospodarczym i przestrzennym w danej dziedzinie lub na danym obszarze, które wynikają bezpośrednio ze strategii rozwoju. Politykę publiczną opracowuje właściwy minister w uzgodnieniu z członkami Rady Ministrów. Polityka publiczna jest przyjmowana przez Radę Ministrów w drodze uchwały.  Projektowany dokument strategiczny - „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027” stanowić ma politykę publiczną w rozumieniu koncepcji systemu zarządzania rozwojem Rzeczypospolitej Polskiej realizowanego na podstawie ww. ustawy. Identyfikuje on główne wyzwania w systemie ochrony zdrowia oraz wskazuje kierunki zmian. Projektowany dokument strategiczny ma stanowić kontynuację dokumentu strategicznego o nazwie „Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne” (Policy Paper), który przedstawiał długofalową wizję rozwoju systemu ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej, a także cele strategiczne oraz narzędzia ich realizacji w latach 2014-2020. Policy Paper był pierwszym dokumentem w skali europejskiej, który w tak dokładny sposób opisywał stan krajowego systemu ochrony zdrowia. Istotą interwencji w obszarze zdrowia jest ich systematyczność, stałość i powtarzalność – jedynie konsekwencja działań w perspektywie wieloletniej, jest gwarantem osiągnięcia zakładanych zmian zdrowotnych. Dlatego należy kontynuować podjęte działania w ramach Policy Paper, te działania, które przynoszą skutki dla zdrowotności społeczeństwa polskiego, rezygnacja z tych, które miały neutralny wpływ, a nawet przyniosły szkodę. Oparcie projektowanego dokumentu strategicznego jako aktualizacji Policy Paper na SOR ma na celu zapewnienie, aby określone w SOR cele, kierunki interwencji, działania i projekty, stanowiące strategiczne zadania państwa w obszarze kapitału ludzkiego i obszarze spójności społecznej – czyli obszarach dotyczących zdrowia i opieki zdrowotnej - zostały osiągnięte.  Za koniecznością opracowania kolejnej edycji Policy Paper i konsekwentnym wdrażaniu działań mających na celu rozwój systemu ochrony zdrowia przemawiają również wskaźniki epidemiologiczne. Sytuacja zdrowotna w Rzeczypospolitej Polskiej i jej uwarunkowania ulegają systematycznej poprawie. Wśród najistotniejszych czynników wskazać należy poprawiające się warunki życia, wzrastającą wiedzę i świadomość w wymiarze dbania o własne zdrowie, a także reformy systemu opieki zdrowotnej. Niemniej umieralność, przeciętna długość życia i długość życia w zdrowiu w naszym kraju w dalszym ciągu odbiegają od średnich wskaźników dla krajów Unii Europejskiej (UE), a poprawa tych wskaźników nie następuje w wystarczająco szybkim tempie. Społeczeństwo jest w istotnym stopniu obciążone chorobami cywilizacyjnymi, wynikającymi przede wszystkim z niewłaściwego stylu życia, a także zagrożone ich dalszym rozprzestrzenianiem się. Nie od dziś wiadomo, że znacznej części przewlekłych chorób cywilizacyjnych można skutecznie zapobiegać, co jest możliwe dzięki odpowiednio zaplanowanej i wdrożonej profilaktyce zdrowotnej. Koszty leczenia następstw chorób cywilizacyjnych kilkudziesięciokrotnie przekraczają wydatki przeznaczane na profilaktykę tych chorób.  Pozostawanie w zdrowiu jest nie tylko warunkiem zachowania aktywności społecznej, czy ekonomicznej, ale przede wszystkim jednym z kluczowych wymiarów dobrej jakości życia i włączenia społecznego. Zwiększenie długości życia w zdrowiu wpływa ostatecznie na poprawę jego jakości. Zdrowie jest także istotnym warunkiem rozwoju gospodarczego, gdyż zdrowe społeczeństwo przekłada się na większą produktywność oraz dłuższą aktywność zawodową. Podejmowane interwencje w obszarze ochrony zdrowia są również kluczowe w ograniczaniu ryzyka ubóstwa wskutek dezaktywizacji zawodowej spowodowanej przyczynami zdrowotnymi oraz ryzyka wykluczenia społecznego wynikającego z przyczyn zdrowotnych. Stan zdrowia Polaków systematycznie się poprawia, ale w wielu aspektach – zwłaszcza w odniesieniu do  chorób cywilizacyjnych, postępującego starzenia się społeczeństwa i zagrożeń epidemiologicznych – istnieją deficyty do wyeliminowania, do czego niezbędne jest m.in. kompleksowe wsparcie w postaci wdrożenia systemowych rozwiązań. W ramach Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju obowiązuje przyjęta również na wielu forach międzynarodowych koncepcja „zdrowia we wszystkich politykach państwa”. Oznacza ona, że wszyscy czerpią korzyści z dobrego zdrowia, ponieważ poprawia ono wydajność pracowników, zwiększa zdolność do nauki, wzmacnia rodziny i społeczności, wspiera samowystarczalne siedliska i środowiska oraz przyczynia się do poprawy bezpieczeństwa, zmniejszenia ubóstwa i lepszego zabezpieczenia społecznego.  W Rzeczypospolitej Polskiej od lat podejmowane są działania mające na celu poprawę dostępności do świadczeń zdrowotnych, przede wszystkim zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia. Mimo prób reformowania systemu ochrony zdrowia w okresie 2015–2019 wciąż dostrzec można brak lub bardzo ograniczoną poprawę w zakresie dostępności świadczeń zdrowotnych. Ten brak poprawy dostępności świadczeń zdrowotnych wynika nie tylko z wciąż zbyt niskiego finansowania ochrony zdrowia, ale i z procesów demograficznych (nieuchronnego starzenia się społeczeństwa). Dodatkowo, mamy do czynienia z narastającymi brakami kadrowymi i starzeniem się kadr w ochronie zdrowia. Problemy w sektorze pogłębiła narastająca nieefektywność w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz niekontrolowany rozwój najdroższej formy opieki, tj. szpitalnictwa. Towarzyszy temu nieefektywność całego systemu wskutek jego dyskoordynacji i dezorganizacji. Coraz powszechniejsze staje się przekonanie, że polski system ochrony zdrowia wyczerpał swoje możliwości reagowania na nowe wyzwania, co grozi jego głęboką zapaścią pod naciskiem nieuchronnych zjawisk demograficznych i epidemiologicznych. Nieustającym wyzwaniem pozostaje także dalsze usprawnianie i koordynacja licznych działań instytucji publicznych, organizacji pozarządowych oraz sektora prywatnego podejmowanych na rzecz zdrowia oraz kształtowania środowisk sprzyjających zdrowiu. Dlatego niezbędne jest podjęcie dobrze zaplanowanej, spójnej oraz rozłożonej na wiele lat polityki rozwoju systemu ochrony zdrowia o ewolucyjnym i strategicznym charakterze.  Dokument ma również na celu urzeczywistnienie idei deinstytucjonalizacji w obszarze usług zdrowotnych, poprzez wskazanie kierunków rozwoju i konkretnych działań w zakresie opieki psychiatrycznej oraz usług skierowanych do osób starszych. Cele szczegółowe i kierunki działań zostały wskazane w osobnej części dokumentu zawierającej strategię deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej.  Zdeinstytucjonalizowane formy opieki powinny odgrywać coraz większą rolę w procesie poprawy dostępności do opieki zdrowotnej. Z jednej strony zwiększają one bowiem dostępność do świadczeń i są „przyjazne” dla pacjentów i ich rodzin, a z drugiej stanowią uzupełnienie tradycyjnych, instytucjonalnych form opieki. W tym kontekście niezbędny jest dynamiczny rozwój infrastruktury – przede wszystkim sprzętowej, ale w niektórych przypadkach również budowlanej (np. budowa ośrodków pobytu dziennego). Jak ważne jest stworzenie skoordynowanego systemu opieki długoterminowej opartego na deinstytucjonalizacji unaoczniła również pandemia SARS-CoV-2 w 2020 r. Jednym z obszarów silnie narażonych na rozprzestrzenianie się epidemii była bowiem instytucjonalna opieka długoterminowa oparta na instytucjach z zakresu pomocy społecznej – domach pomocy społecznej i instytucjach opieki zdrowotnej – zakładach opiekuńczo-leczniczych czy pielęgnacyjno-opiekuńczych. Dlatego tym bardziej pilne i konieczne jest wsparcie i rozwój opieki w środowisku domowym.  Kolejnym przyczynkiem do opracowania i wdrożenia projektowanego dokumentu strategicznego są zobowiązania Rzeczypospolitej Polskiej jako członka Unii Europejskiej. W związku z możliwością korzystania ze środków unijnych na realizację określonych działań w latach 2021 – 2027 w ramach funduszy polityki spójności przez wszystkie kraje członkowskie, w tym Rzeczpospolita Polska, zobowiązane są do spełniania tzw. warunków podstawowych dla perspektywy 2021-2027 w poszczególnych obszarach. W obszarze zdrowia wskazano jako warunek podstawowy posiadanie krajowych lub regionalnych strategicznych ram polityki zdrowotnej, składający się z 3 elementów: mapowanie potrzeb zdrowotnych i opieki długoterminowej, w tym personelu medycznego i opiekuńczego; środki, które zapewnią skuteczność, trwałość, dostępność i przystępność usług zdrowotnych i opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem osób wykluczonych z systemów opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej, w tym tych, do których najtrudniej jest dotrzeć; oraz środki promowania usług środowiskowych i rodzinnych poprzez deinstytucjonalizację, w tym profilaktyka i podstawowa opieka zdrowotna, opieka domowa i usługi środowiskowe. Niniejszy dokument strategiczny wypełni dwa ostatnie kryteria warunkowości podstawowej. | Konsultacje społeczne do 16 lipca 2021 r. ([dep-as@mz.gov.pl](mailto:dep-as@mz.gov.pl)) | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/3/12348352/12798644/12798645/dokument509766.pdf) |
| 05.10.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej | Umożliwienie podpisania umów na realizację programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej, zwanego dalej „programem pilotażowym”, przez wszystkich spełniających warunki i zainteresowanych wzięciem w nim udziału.  Wydłużenie czasu trwania etapu organizacyjnego programu pilotażowego o 2 miesiące umożliwi zawarcie umów przez wszystkich chętnych do jego realizacji, którzy spełniają warunki określone w przedmiotowym rozporządzeniu. | Wejście w życie 5 października 2021 r., z mocą od 24 września 2021 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000180401.pdf) |
| 05.10.2021 | Obwieszczenie Marszałka Sejmu | OBWIESZCZENIE MARSZAŁKA SEJMU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ z dnia 16 września 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych | USTAWA z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych – tekst jednolity Dziennik ustaw 2021, poz. 1801 | Wejście w życie 5 października 2021 r. | [Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 16 września 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000180101.pdf) |
| 04.10.2021 | Ustawa | Projekt ustawy o bezpiecznym przerywaniu ciąży oraz o edukacji o zdrowiu i seksualności (poselski) | Dotyczy zdaniem wnioskodawców: zagwarantowania obywatelkom i obywatelom Polski realizacji pełni praw reprodukcyjnych, w tym prawa do ochrony zdrowia, nauki i poszanowania prywatności w zakresie rozrodczości; m.in.: zagwarantowania prawa do świadomego rodzicielstwa; zobowiązania administracji rządowej i samorządu terytorialnego do zapewnienia realizacji praw reprodukcyjnych, w tym szczególne zobowiązanie do zapewnienia opieki zdrowotnej w okresie ciąży, pomocy materialnej w okresie ciąży, porodu i połogu oraz dostępu do informacji | Rozstrzygnięcie przez Sejm wniosku o uzupełnienie porządku dziennego o punkt: Pierwsze czytanie poselskiego projektu ustawy o bezpiecznym przerywaniu ciąży oraz o edukacji o zdrowiu i seksualności – posiedzenie Sejmu 13-14 października 2021 r. | [9-020-143-2020.pdf (sejm.gov.pl)](http://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/Projekty/9-020-143-2020/$file/9-020-143-2020.pdf) |
| 04.10.2021 | Ustawa | Ustawa z dnia 17 września 2021 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych | Projekt dotyczy wprowadzenia możliwości wysyłania przez Polski Fundusz Rozwoju, za pośrednictwem profilu informacyjnego w systemie teleinformatycznym Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, wezwania do zawarcia umowy o zarządzanie PPK podmiotom zatrudniającym, które nie dopełniły tego obowiązku; rozwiązanie ma obowiązywać w okresie stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii oraz w okresie roku po ich odwołaniu | Wejście w życie 14 października 2021 r. | [Ustawa z dnia 17 września 2021 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000177701.pdf) |
| 04.10.2021 | Uchwała Rady Ministrów | Uchwała Rady Ministrów w sprawie prowadzenia międzynarodowych działań solidarnościowych w celu profilaktyki i zwalczania zachorowań na chorobę COVID-19 oraz wyrażenia zgody na udostępnienie partnerom zagranicznym szczepionek przeciw COVID-19 | Przyczyną wprowadzenia rozwiązań planowanych w projekcie uchwały Rady Ministrów w sprawie prowadzenia międzynarodowych działań solidarnościowych w celu profilaktyki i zwalczania zachorowań na chorobę COVID-19 oraz wyrażenia zgody na udostępnienie partnerom zagranicznym szczepionek przeciw COVID-19 jest chęć podjęcia inicjatywy polegającej na udzieleniu wparcia dla partnerów zagranicznych, którzy posiadają niewystarczający dostęp do szczepionek przeciw chorobie COVID-19, a w wyniku uwarunkowań ekonomiczno-politycznych tych partnerów, zasadnym jest udzielenie im wsparcia w formie sprzedaży, darowizny, pożyczki lub zamiany szczepionek przeciw chorobie COVID-19.  Udzielenie zgody na udostępnienie partnerom zagranicznym szczepionek przeciw COVID-19 jest również zasadne ze względu na:  1) potrzebę prowadzenia międzynarodowych działań solidarnościowych;  2) konieczność racjonalnego, bieżącego gospodarowania ewentualnymi nadwyżkami tych partii dostarczanych szczepionek, które po sukcesywnym zaspokojeniu potrzeb krajowych w zakresie przeciwdziałania COVID-19, z przyczyn obiektywnych nie będą mogły zostać spożytkowane, np. z uwagi na termin ich ważności;  3) dynamiczną sytuację dotyczącą dostaw szczepionek przeciw COVID-19;  4) stopień zainteresowania obywateli Rzeczypospolitej Polskiej Narodowym Programem Szczepień przeciw COVID-19 oraz poziom zgłaszalności do dobrowolnego szczepienia w ramach tegoż Programu. | Planowany termin przyjęcia projektu przez Radę Ministrów – III kwartał 2021 r. - ZREALIZOWANY Rada Ministrów przyjęła 21 września 2021 r. | [Projekt uchwały Rady Ministrów zmieniającej uchwałę w sprawie prowadzenia międzynarodowych działań solidarnościowych w celu profilaktyki i zwalczania zachorowań na chorobę COVID-19 oraz wyrażenia zgody na udostępnienie partnerom zagranicznym szczepionek przeciw COVID-19 - Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów - BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (kprm.gov.pl)](https://archiwum.bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-rady-ministrow/prace-legislacyjne-rm-i/prace-legislacyjne-rady/wykaz-prac-legislacyjny/r3421298,Projekt-uchwaly-Rady-Ministrow-zmieniajacej-uchwale-w-sprawie-prowadzenia-miedzy.html) |
| 04.10.2021 | Uchwała Rady Ministrów | Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie Harmonogramu realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowanego na lata 2022-2026 | Projekt stanowi wykonanie § 4 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS (Dz. U. poz. 227). Zgodnie z § 4 ust. 1 ww. rozporządzenia Koordynator Programu, tj. Krajowe Centrum ds. AIDS, jednostka podległa i nadzorowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia, we współpracy z podmiotami obowiązanymi do realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS, opracowuje Harmonogram realizacji tego Programu oraz przedkłada go ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, który następnie, działając zgodnie z § 4 ust. 6 ww. rozporządzenia przedkłada Harmonogram do zatwierdzenia Radzie Ministrów.  Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020 r. poz. 1845, z późn. zm.) Rada Ministrów może określić, w drodze rozporządzenia, programy zapobiegania i zwalczania określonych zakażeń lub chorób zakaźnych oraz lekooporności biologicznych czynników chorobotwórczych, wynikające z sytuacji epidemiologicznej kraju lub z konieczności dostosowania do programów międzynarodowych, mając na względzie ich skuteczne wykonywanie oraz zapewnienie objęcia ochroną zdrowotną osób, których szczególne narażenie na zakażenie wynika z sytuacji epidemiologicznej.  Polityka państwa wobec epidemii HIV i AIDS została określona w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS. Realizacją Programu kieruje minister właściwy do spraw zdrowia, a koordynatorem realizacji Programu jest Krajowe Centrum ds. AIDS. Podmiotami obowiązanymi do realizacji Programu są ministrowie właściwi ze względu na cele Programu, terenowe organy administracji rządowej oraz podległe im jednostki. W realizacji zadań Programu uczestniczą wszystkie podmioty, które na podstawie odrębnych przepisów są obowiązane do opracowywania i realizacji strategii w zakresie polityki społecznej, obejmującej w szczególności programy pomocy społecznej, polityki prorodzinnej, promocji i ochrony zdrowia, programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, narkomanii oraz edukacji publicznej. W realizacji zadań Programu mogą również uczestniczyć podmioty, które prowadzą działalność umożliwiającą podejmowanie zadań wynikających z harmonogramu realizacji Programu lub prowadzenia akcji wspierających jego realizację. Program zakłada podjęcie działań w pięciu obszarach:  1) zapobiegania zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa,  2) zapobiegania zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych,  3) wsparcia i opieki zdrowotnej dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS,  4) współpracy międzynarodowej,  5) monitoringu.  Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowany na lata 2022-2026 obejmuje wszystkie ww. obszary. | Planowany termin przyjęcia projektu przez RM - III kwartał 2021 r. | [Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie Harmonogramu realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowanego na lata 2022-2026 - Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów - BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (kprm.gov.pl)](https://archiwum.bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-rady-ministrow/prace-legislacyjne-rm-i/prace-legislacyjne-rady/wykaz-prac-legislacyjny/r1655194,Projekt-uchwaly-Rady-Ministrow-w-sprawie-Harmonogramu-realizacji-Krajowego-Progr.html) |
| 01.10.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 160/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 30.09.2021 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej | Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą oświadczeniach”.  Modyfikacje wprowadzone postanowieniami niniejszego zarządzenia w stosunku do zarządzenia dotychczas obowiązującego, tj. Nr 177/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2019 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej wynikają:  1) z wejścia w życie aktów prawa powszechnie obowiązującego, w szczególności przepisów art. 159 ust. 2b ustawy o świadczeniach, oraz art. 14 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz.1050), zwanej dalej „ustawą o poz”, które wchodzą w życie z dniem 1 października 2021 r;  2) z rekomendacji Zespołu do spraw zmian w podstawowej opiece zdrowotnej powołanego zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2021 r.  (Dz. Min. Zdrow. poz.49).  Zmiany wprowadzone niniejszą regulacją polegają na:  1) określeniu zadań osoby, o której mowa w art. 14 ust. 2 ustawy o poz, finansowanej kapitacyjną stawką roczną oraz nadaniu definicji „koordynator”;  2) wprowadzeniu nowego zakresu będącego przedmiotem umowy „koordynacja opieki”, oraz rozszerzeniu przedmiotu umowy o koordynowanie procesu rekrutacji świadczeniobiorców do programów profilaktycznych;  3) wprowadzeniu definicji „porada receptowa” oraz wprowadzeniu produktów statystycznych: porada receptowa lekarza poz; porada receptowa pielęgniarki poz, porada receptowa położnej poz;  4) wprowadzeniu korekty w przepisie dotyczącym weryfikacji uprawnień do świadczeń w usłudze e-WUŚ, poprzez uzupełnienie, że w przypadku złożenia deklaracji wyboru za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta ma zastosowanie data przyjęcia deklaracji;  5) rezygnacji z przepisów odnoszących się do premiowania za wystawianie przez lekarzy poz e-recept i e-skierowań w związku w wejściem w życie przepisów o obowiązku wystawiania tych dokumentów w formie elektronicznej;  6) dodaniu rozdziału 5 - Przepisy związane z COVID-19;  7) wprowadzeniu korekty w zakresie załącznika nr 1 do zarządzenia określającego wartości stawek kapitacyjnych, porad i ryczałtów – dodano zakres „koordynacja opieki” wraz z produktem „koordynacja opieki – zadania koordynatora” z wyceną kapitacyjnej stawki rocznej w wysokości 5,88 zł;  8) nadaniu nowego brzmienia załącznikowi nr 2 (wzór umowy), w którym:  a) dokonano zmiany w komparycji umowy - w związku z wejściem w życie przepisów dotyczących tzw. pionizacji w strukturze Funduszu,  b) dostosowano przepisy o kontroli planowej do przepisów ustawy o świadczeniach (art. 61d oraz art. 61g ust. 1 ustawy),  c) wprowadzono regulacje dotyczące współczynników korygujących wynikających z § 16 ust. 4d Ogólnych warunków umów, w miejsce dotychczasowych przepisów gwarantujących środki finansowe na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych,  d) zaktualizowano przedmiot umowy do zakresu wynikającego z zarządzenia (m.in. dodanie koordynacji opieki, usunięcie nieaktualnych produktów);  9) rezygnacji z załącznika nr 2a do zarządzenia, tj. „Oświadczenia o uzgodnieniu podziału środków na zwiększenie finansowania świadczeń udzielanych przez pielęgniarki poz, położne poz, pielęgniarki/higienistki szkolne”;  10) wprowadzeniu korekty karty badania profilaktycznego w programie profilaktyki chorób układu krążenia (załącznik nr 4), w której zaktualizowano czynniki ryzyka kwalifikujące do Programu w oparciu o warunki określone w części II „Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia” załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2021 r. poz. 540);  11) wprowadzeniu zmian w zakresie warunków realizacji świadczeń położnej poz w opiece nad kobietą w przebiegu prowadzenia ciąży fizjologicznej (załącznik nr 28), zgodnie z zakresem i wymogami wynikającymi z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. poz. 1756);  12) wprowadzeniu korekty wniosku o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (załącznik nr 9), poprzez dodanie nowego zakresu świadczeń - koordynacja opieki;  13) wprowadzeniu korekty w oświadczeniu o aktualizacji potencjału  (w załącznik nr 15);  14) wprowadzeniu korekt o charakterze porządkowym (m.in. nadaniu nowej numeracji załącznikom do zarządzenia, aktualizacji tzw. metryk) Roczny skutek finansowy wynikający z wprowadzenia opłaty za koordynację opieki w zakresie wprowadzonym niniejszym zarządzeniem jest szacowany na poziomie 156 874 848,48 zł. | Wejście w życie 1 października 2021 r. | <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1602021dsoz,7420.html> |
| 01.10.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 159/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 30.09.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej | Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 136c ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), na mocy którego Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia upoważniony jest do określenia szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.  Niniejszym zarządzeniem wprowadzono zmiany w zarządzeniu Nr 56/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2021 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (zmienionego zarządzeniem Nr 80/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2021 r., zarządzeniem Nr 121/2021 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia  30 czerwca 2021 r. oraz zarządzeniem Nr 148/2021 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2021 r.).  Zmiany w ww. regulacji mają charakter porządkujący.  W załączniku nr 1 ujednolicono nazwy zakresów świadczeń wynikających  z zarządzenia Nr 156/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia  24 września 2021 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą  w ramach sieci kardiologicznej.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 1 października 2021 r. | <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1592021dsoz,7419.html> |
| 01.10.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 158/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 30.09.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne | Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285,1292 i 1559), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.  W niniejszym zarządzeniu zmieniającym zarządzenie Nr 55/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne wprowadzono następujące zmiany:  1) w zakresie załączników do zarządzenia: nr 1a Katalog grup oraz nr 9Charakterystyka grup usunięto JGP: H44 Wprowadzenie czynników wzrostu pochodzenia autogenicznego - zgodnie z rekomendacją nr 104/2019 z dnia 22 listopada 2019 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany technologii medycznych z obszaru ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz sporządzonym na jej podstawie pismem Ministra Zdrowia z 29 lipca 2021 r. zaprzestaje się finansowania procedur medycznych ICD- 9: 84.502 Wprowadzenie czynników wzrostu pochodzenia autogenicznego oraz 84.503 Wprowadzenie czynników wzrostu z komórek macierzystych w oddziałach szpitalnych o profilu ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz w pozostałych oddziałach szpitalnych, w których możliwe jest rozliczanie przedmiotowych procedur dla rozpoznań ICD-10 w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu; oprócz tego w załączniku nr 9 w JGP C11O Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani w rozpoznaniach nowotworów złośliwych uzupełniono listy rozpoznań ICD-10;  2) w związku z opublikowanym obwieszczeniem Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 13 lipca 2021 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń szpitalnych obejmujących leczenie zatruć dla JGP: S40-S44 zaimplementowano przedmiotowe taryfy.  Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320 z późn. zm.), został poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 14 dni. W ramach konsultacji projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach.  Uwagi, zgłoszone przez 7 podmiotów, nie odnosiły się do przedmiotu przedstawionego projektu, bądź były niezasadne, dlatego nie zostały uwzględnione w ostatecznej wersji zarządzenia.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.  Wprowadzenie zmian wynikających z przedmiotowego zarządzenia będzie wiązało się z alokacją środków przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej w wysokości 8,4 mln. | Wejście w życie z dnia 1 października | <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1582021dsoz,7418.html> |
| 01.10.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 157/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 30.09.2021 r. w sprawie wniosków o indywidualne sprawozdanie lub rozliczenie świadczeń | Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie wniosków o indywidualne sprawozdanie lub rozliczenie świadczeń, ujednolica procedury rozpatrywania przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia wniosków dotyczących indywidualnego sprawozdania lub rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej.  W przedmiotowym zarządzeniu, w porównaniu do dotychczas obowiązującego w tej materii aktu normatywnego, usprawniono proces składania i procedowania wniosków w sprawie indywidualnego sprawozdania lub rozliczenia świadczeń, poprzez umożliwienie składania zarówno autoryzowanych wniosków jak i dokumentacji medycznej oraz innych dokumentów wyłącznie w formie elektronicznej. To rozwiązanie umożliwi całkowicie elektroniczny tryb procedowania wniosku, bez konieczności dosyłania wniosku oraz załączników w formie papierowej.  Zarządzenie wprowadza również zmiany skutkujące wydłużeniem terminu na rozstrzygnięcie wniosku w sprawie indywidualnego sprawozdania lub rozliczenia świadczeń w przypadku konieczności zasięgnięcia opinii konsultanta wojewódzkiego lub krajowego w określonej dziedzinie medycyny oraz ma na celu umożliwienie wnioskowania o ponowne rozpatrzenie wniosku tylko w przypadku decyzji odmownej.  Powyższe zmiany mają na celu zoptymalizowanie procesu rozpatrywania wniosków o indywidualne sprawozdanie lub rozliczanie świadczeń, przy jednoczesnym skróceniu czasu jego trwania.  Niniejsze zarządzenie nie wywołuje skutku finansowego po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia.  Zarządzenie nie ma wpływu na warunki realizacji świadczeń, w związku z powyższym nie podlega opiniowaniu.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 dotyczącego poprawy jakości  i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej | Wejście w życie 1 października 2021 r. | <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1572021dsoz,7417.html> |
| 01.10.2021 | Ustawa | Ustawa z dnia 11 sierpnia 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw | Mając na uwadze potrzebę stałego dążenia do optymalizacji systemu ochrony zdrowia w celu zwiększenia dostępności do świadczeń zdrowotnych, zwiększenia wynagrodzeń kadr medycznych, unowocześniania i modernizacji infrastruktury w placówkach opieki zdrowotnej oraz rozwoju nowoczesnych technologii w służbie zdrowia zidentyfikowana została potrzeba zwiększenia wysokości środków publicznych przeznaczanych corocznie na finansowanie ochrony zdrowia.  W chwili obecnej minimalny poziom nakładów na ochronę zdrowia w danym roku określa art. 131c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.), która gwarantuje wzrost nakładów na ochronę zdrowia do wysokości 6% PKB do 2024 r. i latach kolejnych.  Ponadto, istnieje również pilna potrzeba zapewnienia stabilnych warunków funkcjonowania szpitali w okresie epidemii i zapewnienia dostępu do świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego. | Wejście w życie 14 października 2021 r. | [Ustawa z dnia 11 sierpnia 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000177301.pdf) |
| 01.10.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej | W związku z epidemią COVID-19, świadczeniodawcy zaangażowani w leczenie pacjentów zakażonych wirusem  SARS–CoV–2 odnotowują problemy operacyjne związane z deficytem kadry lekarskiej oraz pielęgniarskiej dedykowanej zwalczaniu epidemii. W związku z ograniczeniami wynikającymi z wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1372, z późn. zm.), przyjętych do realizacji przez świadczeniodawców, część potencjału wykonawczego świadczeniodawców nie może być w świetle obowiązujących przepisów wykorzystana do zabezpieczenia potrzeb systemu opieki zdrowotnej związanych ze zwalczaniem epidemii.  W projekcie rozporządzenia proponuje się przedłużenie do dnia 31 grudnia 2021 r. zwolnienia świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego w trybie hospitalizacji z obowiązku spełniania dodatkowych warunków dotyczących kadry medycznej, określonych w tabeli nr 1 załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Decyzja co do obsady kadry medycznej oddziałów szpitalnych realizujących poszczególne zakresy świadczeń będzie spoczywać na kierowniku podmiotu leczniczego, który w oparciu o aktualną analizę potrzeb operacyjnych szpitala będzie podejmował decyzję o przesunięciu niezbędnych zasobów kadrowych w obszary o największych deficytach personalnych. Powyższe ma na celu uwolnienie potencjału wykonawczego świadczeniodawców wynikającego m.in. z ograniczenia realizacji części świadczeń zdrowotnych, zgodnie z zaleceniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, do zwalczania epidemii wirusa SARS–CoV–2. Swoboda zarządzania personelem medycznym zostanie ograniczona przez obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów przebywających na oddziałach szpitalnych, w szczególności ich stanu zdrowotnego oraz liczby. | Wejście w życie 30 września 2021 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000176501.pdf) |
| 01.10.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 września 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie stypendiów ministra właściwego do spraw zdrowia dla studentów | Doświadczenie dwuletnie w zakresie procedowania wniosków o stypendia ministra dla studentów na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 sierpnia 2019 r. w sprawie stypendiów ministra właściwego do spraw zdrowia dla studentów(Dz. U. poz. 1600), zwanego dalej „rozporządzeniem” wykazało zaistnienie pewnych problemów natury merytorycznej i organizacyjno-formalnej, których rozwiązanie wymaga nowelizacji rozporządzenia.  Stypendia ministra są dedykowane studentom uczelni nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, którzy z racji kierunku odbywanych studiów reprezentują dziedzinę nauk medycznych i nauk o zdrowiu, a w jej ramach dyscypliny nauk farmaceutycznych, nauk medycznych i nauk o zdrowiu. Specyfika tych dyscyplin, mających charakter ściśle empiryczny i innowacyjny narzuca określony reżim pracy naukowo-badawczej ze szczególnym akcentem na pracę zespołową, częstokroć interdyscyplinarną, pod nadzorem samodzielnych pracowników naukowych uczelni. Efektem prowadzonych prac naukowo-badawczych przez studentów tych kierunków studiów (w szczególności kierunku: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu) są wydawane w znaczącej liczbie autorskie lub współautorskie prace monograficzne, publikacje naukowe oraz projekty i wdrożenia realizowane w ramach zespołów i kół naukowych oraz uzyskiwane indywidualne lub zespołowe nagrody i wyróżnienia, które mogą być podstawą do uznania w świetle przepisów rozporządzenia za znaczące osiągnięcie naukowe.  Kwestia właściwego dokonywania oceny wskazanych osiągnięć we wniosku o stypendia Ministra Zdrowia znajduje jednocześnie odrębne uregulowanie w przepisach art. 267 ust. 2 ustawy z dnia ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478 i 619), zwanej dalej „ustawą”. Na podstawie przywołanego przepisu, minister właściwy do spraw szkolnictwa wyższego określa w drodze rozporządzenia m.in. rodzaje osiągnięć naukowych uwzględnianych w ewaluacji jakości działalności naukowej, definicje monografii naukowej i artykułu naukowego. W wyniku ewaluacji sporządzane są wykazy wydawnictw oraz czasopism naukowych i recenzowanych materiałów z konferencji naukowych, którym przypisywana jest określona liczba punktów w zależności od specyfiki i renomy wydawnictwa lub czasopisma. Proces ewaluacji jest przeprowadzany okresowo i w jego wyniku mogą następować zmiany skutkujące m.in. usunięciem określonej pozycji wydawczej lub czasopisma z wykazu wydawnictw lub czasopism z powodu obniżenia ich poziomu naukowego, a w ich miejsce dodaniem nowych pozycji.  Opisana sytuacja może w sposób bezpośredni oddziaływać na uprawnienie studenta do przyznania stypendium Ministra Zdrowia, jeśli legitymuje się on autorstwem lub współautorstwem pracy monograficznej lub publikacji ujętej w dniu publikacji w wykazie wydawnictw lub czasopism mających status wydawnictw lub czasopism punktowanych, ale po przeprowadzeniu okresowej ewaluacji mogącej być poza takim wykazem. W przypadku studentów uczelni medycznych, w których studia relatywnie dłużej trwają (kierunek: lekarski – 6 lat, farmacja – 5,5 roku) opisana sytuacja może mieć miejsce i aby jej uniknąć należy wprowadzić stosowną zmianę przepisu, chroniąc w sposób zasadny interes studentów.  Proponuje się mianowicie wprowadzenie modyfikacji w katalogu znaczących osiągnięć naukowych studenta, wymienionych w rozporządzeniu, a odnoszących się do autorstwa lub współautorstwa monografii naukowej lub rozdziału w monografii naukowej oraz autorstwa lub współautorstwa artykułu naukowego opublikowanego w czasopiśmie naukowym lub recenzowanych materiałach z konferencji międzynarodowej, polegającej na uwzględnieniu tych prac przy przyznawaniu stypendium ministra, jeśli w dniu ich publikacji były one ujęte w wykazach prac punktowanych, o których mowa w art. 267 ust. 2 ustawy.  Kolejną kwestią wymagającą zmiany jest kategoria osiągnięcia naukowego polegającego na wygłoszeniu referatu naukowego na konferencji naukowej. Rozporządzenie w obecnym brzmieniu narzuca wymóg prezentacji referatu będącego w całości pracą autorską prelegenta, bez możliwości uznania pracy współautorskiej. Utrzymanie takiego przepisu uniemożliwia przy wniosku o stypendium ministra docenienie innowacyjnych osiągnięć studenckich zespołów badawczych, prezentowanych na konferencjach naukowych. Potrzeba zmiany istniejącego przepisu kierowana była przez środowisko studenckie oraz zgłaszana jako istotny postulat przez zespół ekspercki działający przy Ministrze Zdrowia w sprawach z zakresu stypendiów ministra. Z powyższych powodów należało wprowadzić zmianę polegającą na uznaniu za osiągnięcie naukowe również wygłoszenie przez studenta referatu naukowego, którego jest autorem lub współautorem, honorując tym samym zespołową pracę naukowo-badawczą kół naukowych i innych zespołów badawczych uczelni z udziałem studentów.  Na gruncie problemów natury organizacyjno-formalnej należy wskazać, że przepisy rozporządzenia w sposób niepełny i nie dość precyzyjny egzekwowały dokumentowanie uzyskanych osiągnięć przez studenta. Doświadczenie w zakresie procedowania spraw wniosków o stypendia ministra wykazało, że pewien odsetek wniosków na wstępie wymagał uzupełnienia, a jeszcze inny odsetek wymagał szczegółowej analizy porównawczej poszczególnych wniosków z tej samej uczelni, w celu weryfikacji danych o zespołowych osiągnięciach naukowych studentów. Wielokrotnie powtarzające się uchybienia i sprzeczności w odniesieniu do tych samych prac współautorskich w zakresie wykazywanego wkładu współautorskiego, ujawniły konieczność wprowadzenia obowiązku podawania we wniosku o stypendium oprócz współautorów prac, również wkładu współautorskiego tych osób, co pozwoli na uzyskanie pełnej przejrzystości danych o wkładzie autorskim prac zbiorowych.  Ponadto, na podstawie kryteriów przyznawania stypendium Ministra Zdrowia, wynikających z obecnych przepisów rozporządzenia nie zawsze można było wypracować kryteria szczegółowe, pozwalające na optymalną selekcję wniosków. Dlatego też koniecznym było doprecyzowanie na poziomie rozporządzenia niektórych kryteriów szczegółowych oraz sposobu dokumentowania uzyskanych osiągnięć.  Jednocześnie do rozporządzenia wprowadzono, w celu usystematyzowania procesu naboru wniosków o stypendia Ministra Zdrowia, przedział czasowy do składania tych wniosków do ministra, a mianowicie od dnia 1 października do dnia 31 października. W odniesieniu do wniosków roku akademickiego 2021/2022 wprowadzono w tym zakresie przepis przejściowy, wskazując że termin składania wniosków jest od dnia 1 października 2021 r. do dnia 15 listopada 2021 r. oraz termin ich rozpatrzenia do dnia 15 maja 2022 r. W ramach kategorii problemów natury organizacyjnej zdefiniowano również problem przejrzystości danych studenta po kątem jego uprawnienia do otrzymania stypendium ze względu na okres odbytych studiów. Stąd we wzorze wniosku o stypendium dodano rubrykę dotyczącą informacji o okresie odbytych studiów łącznie według danych zawartych w Zintegrowanym Systemie Informacji o Szkolnictwie Wyższym i Nauce POL-on.  Należy raz jeszcze podkreślić, że wprowadzenie zmian w rozporządzeniu było podyktowane koniecznością usprawnienia procesu rzetelnej oceny wniosku, w wyniku którego zostaną wyłonieni najlepsi studenci prezentujący w sposób wyselekcjonowany znaczące osiągnięcia naukowe oraz uwzględnienia ekonomiki samego procesu decyzyjnego w związku z wydawaniem decyzji administracyjnych w sprawie przyznania stypendium ministra.  Rekomendowanym rozwiązaniem jest nowelizacja rozporządzenia.  Projekt przedkładanego rozporządzenia zakłada wprowadzenie zmian w zakresie rodzaju osiągnięć studentów przedstawianych we wnioskach o przyznanie stypendium oraz sposobu dokumentowania osiągnięć i kryteriów oceny osiągnięć. Projekt przewiduje również zmiany o charakterze porządkującym i doprecyzowującym proces ubiegania się o stypendium i jego przyznawania  W projektowanym rozporządzeniu proponuje się m.in.:  1) doprecyzowanie uznania za znaczące osiagnięcie autorstwa lub wspólautorstwa prac monograficznych oraz autorstwa lub współautorstwa artykułu naukowego opublikowanego w czasopiśmie naukowym lub recenzowanych materiałach z konferencji międzynarodowej, o ile w roku opublikowania były one ujęte w wykazach punktowanych, tj. sporządzonych na podstawie art. 267 ust. 2 pkt 2 ustawy.  2) uznanie za znaczące osiągnięcie naukowe studenta samodzielnego wygłoszenia referatu naukowego dotyczącego badań naukowych o wysokim poziomie innowacyjności, którego student jest nie tylko autorem, ale także współautorem. W dotychczasowej praktyce w odniesieniu zwłaszcza do studentów kierunku lekarskiego występowały przypadki, że zgłoszone przez studentów referaty były pracami współautorskimi, co wynikało z danych źródłowych o osiągnięciu. Z przyczyn formalnych aktywność taka nie mogła być uwzględniona w ocenie o przyznanie stypendium.  3) zmianę sposobu dokumentowania znaczących osiągnięć studentów, przedstawianych we wnioskach o przyznanie stypendiów ministra. W tym zakresie przewidziane w projektowanym rozporządzeniu zmiany mają na celu ułatwienie i usprawnienie dokonywania pełnych ustaleń faktycznych w zakresie osiągnieć zawartych we wnioskach o stypendium, co jest niezbędne dla realizacji wymogów formalnych przewidzianych w ustawie z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 735, z późn. zm.), przy jednoczesnym zminimalizowaniu biurokracji i nieobciążania wnioskodawców nadmiernymi obowiązkami. Dokumentowanie znaczących osiągnięć w dalszym ciągu będzie opierało się przede wszystkim na oświadczeniach studentów, z tym że rozszerzony zostanie zakres informacji nimi objętych. Proponuje się również, aby do wniosku o przyznanie stypendium, były dołączane dokumenty, które dotychczas składano jedynie dobrowolnie – np. regulaminy i wyniki konkursów, fragmenty publikacji, programy konferencji. W dotychczasowej praktyce dokumenty te wydatnie przyczyniały się do efektywnej oceny określonych osiągnięć w związku z czym uznano, że zasadne jest sformułowanie wymogu dotyczącego ich obligatoryjnego przedkładania wraz z wnioskiem.  4) dostosowanie kryteriów uwzględnianych przy ocenie merytorycznej wniosków o przyznanie stypendiów ministra dla studentów do zmian wprowadzanych w § 2, w tym dostosowanie terminologii kryteriów, tak aby precyzyjniej odzwierciedlały prestiżowy charakter poszczególnych osiągnięć. W przypadku nagród uzyskanych w konkursach o zasięgu międzynarodowym proponuje się uwzględnianie w ramach oceny tego osiągnięcia sposobu wyłaniania laureatów konkursu. Istotne jest bowiem rozróżnienie czy nagroda została uzyskana za zajęcie czołowego miejsca w klasyfikacji generalnej konkursu, czy za zajęcie miejsca na poszczególnych etapach tego konkursu. Przewiduje się, że w procesie oceny danego osiągnięcia będzie brane pod uwagę również to czy regulamin konkursu przewiduje tworzenie rankingu uczestników, czy też nagrody są przyznawane laureatom, bez określania miejsc w klasyfikacji.  5) doprecyzowano dla celów organizacyjnych termin składania wniosków, wprowadzając datę początkową do wszczęcia naboru wniosków, a mianowicie: od 1 października, z kolei data końcowa nie uległa zmianie, a mianowicie: do 31 października. Przy czym wprowadzono przepis przejściowy dla naboru wniosków w roku akademickim 2021/2022, wydłużając termin naboru do dnia 15 listopada 2021 r. oraz termin rozpatrywania tych wniosków do dnia 15 maja 2022 r.  6) aktualizację wzoru wniosku o przyznanie stypendium dla studenta, związaną z omówionymi wyżej zmianami nowelizowanego rozporządzenia, w szczególności:  a) dodano numer telefonu i adresu poczty elektronicznej, które ułatwią ewentualny kontakt z osobą ubiegającą się o stypendium, z zastrzeżeniem, że podanie danych kontaktowych telefonicznych nie będzie obligatoryjne,  b) dodano informację o łącznym okresie odbytych studiów (liczba semestrów),  c) wprowadzono w części C. 1 – wykaz osiągnięć naukowych – wymóg podania w odniesieniu do osiągnięć zespołowych wkładu współautorskiego (w procentach) współautorów.  Precyzyjne wskazanie potrzebnych we wniosku informacji i jasne określenie wymaganych załączników dokumentujących osiągnięcia ułatwi i usprawni proces składania wniosków o przyznanie stypendiów Ministra Zdrowia. Oczekiwanym efektem zaproponowanych zmian jest zmniejszenie liczby wniosków zawierających braki formalne i liczby zapytań dotyczących dokumentowania osiągnięć przedstawianych przez wnioskodawców oraz przyspeszenie procesu decyzyjnego przyznawania stypendiów. | Wejście w życie 21 września 2021 r. | [ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 14 września 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie stypendiów ministra właściwego do spraw zdrowia dla studentów (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000172701.pdf) |
| 01.10.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 września 2021 r. w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia prowadzących działalność związaną z narażeniem w celach medycznych, polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej lub diagnostyki związanej z podawaniem pacjentom produktów radiofarmaceutycznych | Potrzeba określenia minimalnych wymagań w zakresie:  1) wyposażenia w urządzenia radiologiczne i urządzenia pomocnicze,  2) liczebności i kwalifikacji personelu biorącego udział w wykonywaniu poszczególnych rodzajów procedur medycznych  – biorąc pod uwagę bezpieczeństwo personelu i pacjentów tych jednostek ochrony zdrowia, w tym także konieczność zapewnienia personelu o właściwych kwalifikacjach przy wykonywaniu procedur medycznych związanych z istotnym z punktu widzenia ochrony radiologicznej narażeniem pacjenta. W obowiązującym stanie prawnym kwestie objęte projektowanym rozporządzeniem zostały uregulowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2008 r. w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej oraz diagnostyki i terapii radioizotopowej chorób nienowotworowych (Dz. U. poz. 365, z późn. zm.), którego przepisy, zgodnie z art. 37 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 13 czerwca 2019 w sprawie zmiany ustawy – Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. poz. 1593, z późn. zm.), zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów projektowanego rozporządzenia, jednak nie dłużej niż przez 24 miesiące od dnia wejścia w życie tej ustawy.  Niniejsze rozporządzenie w zakresie swojej regulacji wdraża dyrektywę Rady 2013/59/Euratom z dnia 5 grudnia 2013 r. ustanawiającą podstawowe normy bezpieczeństwa w celu ochrony przed zagrożeniami wynikającymi z narażenia na działanie promieniowania jonizującego oraz uchylającą dyrektywy 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom i 2003/122/Euratom (Dz. Urz. UE L 13 z 17.01.2014, str.1, Dz. Urz. UE L 72 z 17.03.2016, str. 69, Dz. Urz. UE. L 152 z 11.06.2019, str. 128 i Dz. Urz. UE L 324 z 13.12.2019, str. 80).  Projekt rozporządzenia określa minimalne wymagania w zakresie wyposażenia w urządzenia radiologiczne i urządzenia pomocnicze oraz liczebności i kwalifikacji personelu biorącego udział w wykonywaniu poszczególnych rodzajów medycznych procedur radiologicznych dla jednostek ochrony zdrowia, jakie muszą być spełnione przez jednostkę ochrony zdrowia ubiegającą się o uzyskanie zgody na prowadzenie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych, polegające na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej oraz diagnostyki związanej z podawaniem pacjentom produktów radiofarmaceutycznych.  Efektem projektowanego rozporządzenia będzie zapewnienie bezpieczeństwa dla personelu oraz pacjentów przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej lub diagnostyki związanej z podawaniem pacjentom produktów radiofarmaceutycznych. | Wejście w życie 21 września 2021 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 września 2021 r. w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia prowadzących działalność związaną z narażeniem w celach medycznych, polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej lub diagnostyki związanej z podawaniem pacjentom produktów radiofarmaceutycznych (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000172501.pdf) |
| 01.10.20221 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej | W wyniku uchwalenia ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. poz. 1875) wprowadzone zostało, począwszy od dnia 1 stycznia 2021 r., pozalimitowe finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), w odniesieniu do wszystkich świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom do ukończenia 18. roku życia. W celu umożliwienia NFZ pozalimitowego finansowania omawianych świadczeń zostały one wyłączone z finansowania w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia, na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 grudnia 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (Dz. U. poz. 2214). W konsekwencji powyższego nastąpiło wyodrębnienie do finansowania poza ryczałtem systemu zabezpieczenia całych profili świadczeń dedykowanych wyłącznie dzieciom, podczas gdy dotychczasowe mechanizmy zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1783, z 2018 r. poz. 1587 i 1812 oraz z 2020 r. poz. 312 i 1049) zakładały możliwość wyłączania z tego ryczałtu co najwyżej pojedynczych świadczeń (produktów rozliczeniowych). W sytuacji powstałej po dniu 31 grudnia 2020 r. zastosowanie odpowiednich wzorów zawartych w tym rozporządzeniu skutkowało wyliczeniem dla niektórych szpitali pediatrycznych ujemnych wartości ryczałtu systemu zabezpieczenia.  Proponuje się wprowadzenie w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zmian, które dostosowują metodologię wyliczania wartości ryczałtu systemu zabezpieczenia do omówionych w pkt 1 zmian w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla świadczeniobiorców do ukończenia 18. roku życia. | Wejście w życie 21 września 2021 r. z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2021 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000172401.pdf) |
| 01.10.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie metody zapobiegania COVID-19 | W związku z koniecznością stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/953 z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie ram wydawania, weryfikowania i uznawania interoperacyjnych zaświadczeń o szczepieniu, o wyniku testu i o powrocie do zdrowia w związku z COVID-19 (Dz. Urz. UE L 211 z 15.06.2021 r., str. 1), zasadne jest wprowadzenie możliwości kontynuacji szczepienia przeciwko COVID-19 dla osób, które zostały zaszczepione pierwszą dawką szczepionki dopuszczonej do obrotu w Unii Europejskiej, poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.  W projekcie wprowadzono możliwość kontynuacji szczepienia przeciwko COVID-19 dla osób, które zostały zaszczepione pierwszą dawką szczepionki dopuszczonej do obrotu w Unii Europejskiej, poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Osoba, która ma przystąpić do takiego szczepienia musi przedstawić podmiotowi przeprowadzającemu szczepienia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, oryginał zaświadczenia o zaszczepieniu przeciwko COVID-19, zgodny ze wzorem obowiązującym w kraju przyjęcia szczepionki przeciwko COVID-19, oraz tłumaczenie tego zaświadczenia na język polski przez tłumacza przysięgłego, a także oświadczenie zawierające zgodę tej osoby lub jej przedstawiciela ustawowego na przetwarzanie danych osobowych związanych z wydaniem unijnego cyfrowego zaświadczenia COVID. Dane dotyczące szczepień będą wprowadzane do Karty Szczepień określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849), prowadzonej w postaci elektronicznej w systemie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 666, z późn. zm.).  Projekt jest skorelowany z równoległą zmianą rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 861, z późn. zm.). | Wejście w życie 30 września 2021 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 września 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie metody zapobiegania COVID-19 (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000177101.pdf) |
| 30.09.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnopolskiego kardiologiczno-kardiochirurgicznego rejestru przezcewnikowego leczenia zastawek serca „POL-TaVALVE” | Brak wiarygodnych i rzetelnych narzędzi uniemożliwiających monitorowanie wyników leczenia w perspektywie wczesnej, średnio i długoterminowej, u pacjentów poddawanych przezcewnikowym zabiegom na zastawkach serca. Potrzeba obiektywnej oceny jakości przeprowadzanych przezcewnikowych zabiegów leczenia zastawek serca, przede wszystkim pod względem jakości, bezpieczeństwa, skuteczności i efektywności stosowanych metod leczenia.  Rekomendowanym rozwiązaniem jest utworzenie rejestru medycznego gromadzącego dane dotyczące wykonywanych w Rzeczypospolitej Polskiej przezcewnikowych zabiegów na zastawkach serca, tj. zastawce aortalnej, mitralnej, trójdzielnej i płucnej. Analiza gromadzonych w rejestrze danych pozwoli na obiektywną ocenę wyników zastosowanego leczenia u usługobiorców w perspektywie wczesnej, średnio-, jak i długoterminowej w podmiotach wykonujących te wysokospecjalistyczne świadczenia. Wdrożenie rejestru pozwoli na:   1. monitorowanie jakości, skuteczności i bezpieczeństwa leczenia wad serca metodami przezcewnikowymi w perspektywie wczesnej, średnio- i długoterminowej; 2. monitorowanie wskazań i przeciwwskazań do leczenia wad serca metodami przezcewnikowymi; 3. zdefiniowanie istotnych czynników ryzyka wczesnych i odległych powikłań i niepowodzeń po leczeniu usługobiorców metodami przezcewnikowymi; 4. opracowanie metod skutecznego zapobiegania powikłaniom około- i pozabiegowym; 5. poprawę praktyki klinicznej w leczeniu wad zastawkowych serca; 6. przeprowadzenie analizy porównawczej poszczególnych usługodawców pod względem osiąganych wyników leczenia wad serca metodami przezcewnikowymi; 7. przeprowadzenie analizy wyników leczenia wad serca metodami przezcewnikowymi w odniesieniu do wyników osiąganych przy zastosowaniu metod chirurgicznych, gromadzonych w Krajowym Rejestrze Operacji Kardiochirurgicznych.   W państwach członkowskich Unii Europejskiej i na świecie od wielu lat istnieją rejestry medyczne służące gromadzeniu i ewaluacji danych o przeprowadzanych procedurach przezcewnikowego leczenia zastawek serca, które są źródłem obiektywnej i wiarygodnej informacji pozwalającej na monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia wad zastawkowych serca u osób, u których leczenie metodą chirurgiczną jest niewskazane lub jest obarczone zbyt wysokim ryzykiem operacyjnym. Utworzenie podobnego rejestru w Rzeczypospolitej Polskiej pozwoli na poszerzenie aktualnej wiedzy medycznej na temat bezpieczeństwa i skuteczności przezcewnikowej metody leczenia, jak również porównanie wyników przezcewnikowego leczenia zastawek serca w Rzeczypospolitej Polskiej z danymi pochodzącymi z innych krajów prowadzących podobne rejestry medyczne. Dzięki temu rejestr będzie mógł stanowić podstawę do ustalenia w przyszłości optymalnych standardów leczenia wad zastawkowych serca w kraju, jak również na świecie.  Rejestr będzie prowadzony w systemie teleinformatycznym zapewniającym interoperacyjność i powiązanie z innymi rejestrami medycznymi, w szczególności z Narodowym Funduszem Zdrowia i innymi rejestrami kardiologicznymi. Rejestr będzie wykorzystywał szeroko stosowane w ochronie zdrowia skale i klasyfikacje, w tym Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD). W przypadku daty i przyczyny zgonu (§ 4 pkt 1 lit. h), zarówno usługodawcy, jak i Narodowy Fundusz Zdrowia, będą przekazywać informacje odnoszące się do zgonów szpitalnych.  Spodziewanym efektem wynikającym z wdrożenia rejestru POL-TaVALVE jest optymalizacja wyników leczenia, poprawa stanu zdrowia i jakości życia pacjentów leczonych przezcewnikowymi metodami wymiany lub naprawy zastawek. | Skierowanie aktu do ogłoszenia 29 sierpnia 2021 r. | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12339055/12727183/12727184/dokument469275.pdf) |
| 30.09.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie podziału kwoty środków finansowych w 2022 r. stanowiącej wzrost całkowitego budżetu na refundację | W związku ze wzrostem całkowitego budżetu na refundację w roku rozliczeniowym (2022 r.) w stosunku do całkowitego budżetu na refundację w roku poprzedzającym (2021 r.) ustala się kwotę środków finansowych przeznaczonych na:  1) finansowanie dotychczas nieobjętych refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, które nie mają swojego odpowiednika refundowanego w danym wskazaniu, z zakresu, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 14–16 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 i 1292), do kwoty 176.503.000 zł;  2) finansowanie przewidywanego wzrostu refundacji w wybranych grupach limitowych wynikającego ze zmian w Charakterystyce Produktu Leczniczego lub ze zmian praktyki klinicznej do kwoty 7.889.000 zł;  3) refundację, w części dotyczącej finansowania świadczeń, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 14 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, do kwoty 251.204.000 zł.  Rekomendowanym rozwiązaniem jest wprowadzenie zmiany w regulacji dotyczącej podziału kwoty środków finansowych stanowiącej wzrost całkowitego budżetu na refundację leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, tj. świadczeń gwarantowanych.  Jedynym narzędziem umożliwiającym realizację celu projektowanej regulacji jest podjęcie inicjatywy legislacyjnej. Nie jest możliwe uzyskanie oczekiwanego skutku przez działania pozalegislacyjne.  Wraz ze zwiększaniem całkowitego budżetu na refundację wzrosną nakłady na refundację, umożliwiając tym samym sukcesywne zwiększenie dostępności pacjentów do świadczeń gwarantowanych. | Konsultacje społeczne do 11 października 2021 r ([dep-pl@mz.gov.pl](mailto:dep-pl@mz.gov.pl)) | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12351752/12819197/12819199/dokument523156.pdf) |
| 30.09.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie składu oraz oznakowania suplementów diety | Projektowane rozporządzenie ma na celu wykonanie postanowień rozporządzenia Komisji (UE) 2021/418 z dnia 9 marca 2021 r. zmieniającego dyrektywę 2002/46/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w odniesieniu do chlorku rybozydu nikotynamidu i cytrynianu jabłczanu magnezu stosowanych w produkcji suplementów żywnościowych oraz w odniesieniu do jednostek miar stosowanych do miedzi (Dz. Urz. UE L 83 z 10.03.2021, str. 1), zwanego dalej „rozporządzeniem nr 2021/418”, w zakresie zmiany dyrektywy.  Nowelizacja obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2007 r. w sprawie składu oraz oznakowania suplementów diety (Dz. U. z 2018 r. poz. 1951), które wdraża już dyrektywę Komisji 2002/46/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 10 czerwca 2002 r. w sprawie zbliżenia ustawodawstw Państw Członkowskich odnoszących się do suplementów żywnościowych (Dz. Urz. WE L 183 z 12.07.2002, str. 51, z późn. zm.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 13, t. 29, str. 490) w zakresie rozszerzenia wykazu form chemicznych składników mineralnych, które mogą być stosowane w produkcji suplementów diety o chlorek rybozydu nikotynamidu i cytrynian jabłczan magnezu. | Konsultacje społeczne do 27 września 2021 r. ([sekretariat.pr@gis.gov.pl](mailto:sekretariat.pr@gis.gov.pl)) | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12350553/12811653/12811654/dokument518469.pdf) |
| 28.09.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | Projekt zarządzenia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne | Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 i 1292).  W niniejszym zarządzeniu zmieniającym zarządzenie Nr 55/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne wprowadzono następujące zmiany:  1) w zakresie załączników do zarządzenia: nr 1a Katalog grup oraz nr 9 Charakterystyka grup usunięto JGP: H44 Wprowadzenie czynników wzrostu pochodzenia autogenicznego - zgodnie z rekomendacją nr 104/2019 z dnia 22 listopada 2019 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany technologii medycznych z obszaru ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz sporządzonym na jej podstawie pismem Pana Macieja Miłkowskiego, Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z 29 lipca 2021 r. zaprzestaje się finansowania procedur medycznych ICD- 9: 84.502 Wprowadzenie czynników wzrostu pochodzenia autogenicznego oraz 84.503 Wprowadzenie czynników wzrostu z komórek macierzystych w oddziałach szpitalnych o profilu ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz w pozostałych oddziałach szpitalnych, w których możliwe jest rozliczanie przedmiotowych procedur dla rozpoznań ICD-10 w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu; oprócz tego w załączniku nr 9 w JGP C11O Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani w rozpoznaniach nowotworów złośliwych uzupełniono listy rozpoznań ICD-10;  2) w związku z opublikowanym obwieszczeniem Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 13 lipca 2021 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń szpitalnych obejmujących leczenie zatruć dla JGP: S40-S44 zaimplementowano przedmiotowe taryfy.  Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320 z późn. zm.), zostanie poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 14 dni. W ramach konsultacji projekt zostanie przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.  Wprowadzenie w życie powyższych zmian powoduje oszczędność po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia w wysokości 8,4 mln.  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 października 2021 r. | Opinie i uwagi do 16 września 2021 r. [szpital.dsoz@nfz.gov.pl](mailto:szpital.dsoz@nfz.gov.pl) | [Projekty zarządzeń / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/projekty-zarzadzen/projekt-zarzadzenia-leczenie-szpitalne-swiadczenia-wysokospecjalistyczne,6741.html) |
| 28.09.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 156/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 24.09.2021 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej | Wydanie zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia związane jest z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2021 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcom w ramach sieci kardiologicznej (Dz.U. poz. 880).  Głównym celem programu pilotażowego jest ocena organizacji, jakości i efektów opieki kardiologicznej w ramach sieci kardiologicznej na terenie województwa mazowieckiego. Ośrodkami kierującymi do programu pilotażowego będą ośrodki podstawowej opieki zdrowotnej, które będą kierowały świadczeniobiorców do diagnostyki i leczenia w ramach pilotażu kardiologicznego. W skład sieci wejdą wojewódzki ośrodek koordynujący (Narodowy Instytut Kardiologii i Stefana kardynała Wyszyńskiego - Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie) oraz ośrodki współpracujące poziomu I i II, współdziałające ze sobą w zakresie opieki kardiologicznej nad świadczeniobiorcą objętym pilotażem, u którego postawiono rozpoznanie nadciśnienia tętniczego opornego i wtórnego, niewydolności krążenia, nadkomorowych i komorowych zaburzeń rytmy i przewodzenia lub wad serca zastawkowych.  Proponowane rozwiązania dotyczą zasad realizacji, sprawozdawania i rozliczania świadczeń udzielanych na podstawie ww. rozporządzenia.  W związku z powyższym, w zarządzeniu określono wzory umów na realizację przedmiotowego programu (stanowiące załącznik nr 1 i 2 do niniejszego zarządzenia). Ponadto określono wzór i format sprawozdania, które będzie przekazywane do Funduszu przez określonych świadczeniodawców oraz katalog zakresu świadczeń, które będą udzielane w ramach pilotażu kardiologicznego. Za udział w programie pilotażowym ustalono współczynniki korygujące, zgodnie z rozporządzeniem w o sieci kardiologicznej. Etap realizacji programu pilotażowego, zgodnie z § 4 pkt 2 rozporządzenia w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcom w ramach sieci kardiologicznej, wynosi 18 miesięcy.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 25 września 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1562021dsoz,7416.html) |
| 28.09.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 155/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 24.09.2021 r. w sprawie zmiany zarządzenia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką | Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie zmiany zarządzenia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, stanowi wykonanie upoważnienia zamieszczonego w art. 146 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2021 r. poz. 1285, z późn.zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”. Zgodnie z ww. upoważnieniem Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia został zobowiązany do określenia przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.  Zarządzenie nowelizuje zarządzenie Nr 65/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką określając termin wprowadzenia nowych wag punktowych dla fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej na dzień 1 stycznia 2022 r. Powyższa zmiana została wprowadzona z uwagi na duży odzew ze strony świadczeniodawców i środowiska fizjoterapeutycznego, w odniesieniu do nowych wycen, dla których czas wejścia w życie przepisów określony w zmienianym zarządzeniu był zbyt krótki na dostosowanie się do nowego sposobu rozliczania świadczeń. Wobec powyższego, zadecydowano o przedłużeniu okresu wejścia w życie przepisów ww. zarządzenia Nr 65/2021/DSOZ.  Przepisy nowelizowanego zarządzenia wejdą w życie z dniem 1 stycznia 2022 r. i tym samym okres na dostosowanie się do zmian zostaje wydłużony o 3 miesiące, co będzie miało wpływ na płynną realizację świadczeń i stopniowe adaptowanie się do nowych wartości punktowych.  Powyższe zmiany wpisują się w kluczowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia cele określone w Strategii na lata 2019-2023 jak: (cel 2) poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz (cel 5) poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej.  Projekt zarządzenia został przedstawiony do opinii konsultantom krajowym w dziedzinie rehabilitacji i fizjoterapii, którzy pozytywnie zaopiniowali przedmiotową zmianę. | Wejście w życie 25 września 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1552021dsoz,7415.html) |
| 28.09.2021 | Zarządzanie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 154/2021/DI PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 21.09.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie powołania Rady Architektury w Narodowym Funduszu Zdrowia | Celem zmiany zarządzenia Nr 179/2019/ DI Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie powołania Rady Architektury w Narodowym Funduszu Zdrowia jest dostosowanie przepisów zarządzenia do zmian wprowadzonych w strukturze organizacyjnej Funduszu (powołanie Rady Portfela Projektów, która przejęła zarządzanie architekturą biznesową Funduszu).  Ponadto, konieczność wprowadzenia zmian w nowelizowanej regulacji wynikła z potrzeby racjonalizacji składu Rady Architektury – zbyt rozbudowany skład powodował problemy logistyczne oraz uniemożliwiał skuteczne działanie Rady. | Wejście w życie 22 września 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1542021di,7414.html) |
| 28.09.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 152/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 13.09.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 | Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 42/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 marca 2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 stanowi wykonanie polecenia Ministra Zdrowia wyrażonego w piśmie z dnia 8 września 2021 r., znak: ZPŚ.641.177.2021.JK.  Na jego podstawie podmioty znajdujące się na wykazie podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 prowadzonym przez Narodowy Fundusz Zdrowia otrzymają środki finansowe z przeznaczeniem na finansowanie wykonania szczepień ochronnych przeciw grypie w sezonie 2021/2022 u osób objętych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie metody zapobiegania grypie sezonowej w sezonie 2021/2022 (Dz. U. poz. 1581).  Zgodnie z zaleceniami Zespołu ds. szczepień ochronnych przy Ministrze Zdrowia w perspektywie możliwej jesienią czwartej fali epidemii COVID-19, niezbędne jest zdecydowane promowanie szczepień przeciw grypie. Szczepienia przeciw grypie są skuteczną metodą zapobiegania zachorowaniom na tę chorobę oraz powikłaniom grypy. W konsekwencji szczepienia przeciw grypie prowadzą do efektywniejszego wykorzystania ograniczonych zasobów systemu opieki zdrowotnej, a tym samym lepszego przygotowania się do wyzwań związanych z nadejściem czwartej fali epidemii COVID-19.  W związku z powyższym, w niniejszym zarządzeniu utworzono nowy produkt rozliczeniowy: 99.03.0806 Szczepienie ochronne przeciwko grypie o wartości 17,21 zł (Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dokonała wyceny 23.08.2021 r.). Wartość ta obejmuje: kwalifikację lekarską wraz z oceną występowania przeciwwskazania do szczepienia i oceną ryzyka wystąpienia powikłań poszczepiennych, wykonanie szczepienia przez lekarza, felczera, pielęgniarkę, położną, higienistkę szkolną.  Rozliczeniu podlegają wyłącznie szczepienia wykonane z wykorzystaniem szczepionki przeciwko grypie otrzymanej przez podmiot nieodpłatnie z Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych, u osób objętych szczepieniami na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie metody zapobiegania grypie sezonowej w sezonie 2021/2022. Informacje o statusie osoby zaszczepionej, podlegające weryfikacji są zawarte w elektronicznej Karcie Szczepień.  Zmiany w pozostałych załącznikach do zarządzenia nastąpiły w związku z koniecznością ich modyfikacji o dane dotyczące szczepień przeciwko grypie.  Przedmiotowe świadczenia będą finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. | Wejście w życie 14 września 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1522021dsoz,7413.html) |
| 28.09.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 162/2020/DGL PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 16 października 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe | Tekst ujednolicony zawiera zmiany wprowadzone zarządzeniem Nr 196/2020/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2020 r., zarządzeniem Nr 29/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 lutego 2021 r.,zarządzeniem Nr 59/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2021 r., zarządzeniem Nr 102/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 czerwca 2021 r. i zarządzeniem Nr 136/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 lipca 2021 r. |  | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1622020dgl-tekst-ujednolicony,7412.html) |
| 28.09.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 72/2021/DGL PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 21.04.2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia | Tekst ujednolicony zawiera zmiany wprowadzone zarządzeniem Nr 91/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 maja 2021 r. oraz zarządzeniem Nr 133/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 lipca 2021 r. |  | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-722021dgl-tekst-ujednolicony,7411.html) |
| 28.09.2021 | Zarządzanie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 151/2021/DK PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 03.09.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie kontroli prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia | Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 58/2019/DK Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 czerwca 2019 r. w sprawie kontroli prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (ze zm.) wprowadza zmiany w zakresie wynikającym z ustawy z dnia 20 maja 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1292).  Przedmiotowa nowelizacja wprowadziła zmiany do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), polegające na dodaniu dyrektorowi Departamentu Kontroli kompetencji do podpisywania wystąpień pokontrolnych wraz z kontrolerami oraz przedłużyła uprawnienia kontrolerskie pracownikom departamentu niebędącym kontrolerami o kolejny rok.  W związku z powyższym, powstała konieczność dostosowania zarządzenia do nowego stanu prawnego, w szczególności do zmienionych po raz kolejny przez prawodawcę relacji między pracownikami posiadającymi status kontrolera korpusowego, innymi kontrolerami i osobami niebędącymi kontrolerami, a także Naczelnikami Terenowych Wydziałów Kontroli oraz kierownikami zespołów kontrolnych.  W zarządzeniu (§ 13 pkt 4 i pkt 5a) położono nacisk na zobowiązanie kontrolera do przeprowadzania kontroli w sposób zapewniający realizację jej celów, jednolite podejście oraz zasadność ocen, zaleceń pokontrolnych i poprawność wyników finansowych. Kontroler także został zobowiązany do weryfikacji dokumentów opracowywanych przez osoby niebędące kontrolerami. Wprowadzone zmiany mają na celu podkreślenie istotności roli kontrolera, jego statusu i odpowiedzialności za wynik kontroli.  Jednocześnie w związku z nadaniem dyrektorowi Departamentu Kontroli kompetencji do podpisywania wystąpień pokontrolnych wraz z kontrolerami na Naczelników Terenowych Wydziałów Kontroli nałożono obowiązek weryfikowania wystąpień pokontrolnych, w zakresie merytorycznej prawidłowości przeprowadzenia kontroli, a nie jak dotychczas także w zakresie kwestii związanych m.in. z dokumentowaniem przebiegu kontroli, prawidłowością przywoływania w wystąpieniu pokontrolnym nazw, numerów umów i innych szczegółowych danych (§ 16 ust. 1 pkt 5). Wprowadzona zmiana pozwoli Naczelnikom Terenowych Wydziałów Kontroli na skupienie się na merytorycznej zawartości wystąpień pokontrolnych, a odpowiedzialność za np. prawidłowe opisanie ustaleń stanu faktycznego będzie spoczywała na kontrolerze.  Zmiany wprowadzone w załącznikach polegają wyłącznie na dodaniu podpisu kierownika komórki organizacyjnej Funduszu przeprowadzającej kontrolę.  W załączniku nr 1 do zarządzenia, ponadto dokonano zmiany w miejscu określającym umowę z NFZ – w związku z tzw. pionizacją, dostosowano przepis do umów zawieranych obecnie przez Prezesa NFZ, jednocześnie uwzględniając fakt prowadzenia kontroli umów zawieranych w latach ubiegłych przez dyrektorów OW NFZ.  Zmiana zarządzenia realizuje dwa cele strategiczne:  1) cel 5 - poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej;  2) cel 7 - usprawnienie organizacji zapewniające skuteczną realizację zadań. | Wejście w życie 4 września 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1512021dk,7410.html) |
| 28.09.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 149/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 01.09.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej | Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie zmiany zarządzenia w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia  2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.).  Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem wynikają m.in. z porozumienia zawartego w dniu 27 czerwca 2021 r. pomiędzy Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie a Narodowym Funduszem Zdrowia, zgodnie z którym mechanizm kształtowania wysokości stawki kapitacyjnej  w odniesieniu do wskaźnika udziału teleporad wypracowany będzie przez zespół powołany przez ministra właściwego do spraw zdrowia.  Powołany przez Ministra Zdrowia Zespół do spraw zmian w podstawowej opiece zdrowotnej, podjął uchwałę o zarekomendowaniu stosowania dotychczasowego mechanizmu kształtowania wysokości stawki kapitacyjnej w odniesieniu do wskaźnika udziału teleporad we wszystkich poradach lekarskich we wrześniu 2021 r.  Utrzymanie ww. mechanizmu przez następny miesiąc wynika z faktu, że zgodnie z danymi dotyczącymi odsetka teleporad udzielonych w POZ w miesiącu lipcu 2021 r. jego stosowanie przyczyniło się do znacznego zmniejszenia liczby teleporad w relacji do liczby porad udzielonych bez pośrednictwa systemów teleinformatycznych.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 dotyczącego poprawy jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 2 września 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1492021dsoz,7409.html) |
| 28.09.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 148/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 26.08.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej | Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 136c ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), na mocy którego Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia upoważniony jest do określenia szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.  Niniejszym zarządzeniem wprowadzono zmiany w zarządzeniu Nr 56/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2021 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zmienionego zarządzeniem Nr 80/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2021 r. oraz zarządzeniem Nr 121/2021 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2021 r.  Zmiany w ww. regulacji mają charakter porządkujący.  W załączniku nr 1 ujednolicono nazwy programów lekowych zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2021 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 lipca 2021 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 44), wydanego na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 523). Ponadto, zgodnie z zarządzeniem Nr 122/2021/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2021 r. oraz zarządzeniem Nr 130/2021/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 lipca 2021 r. zaktualizowano kody i nazwy zakresów dla świadczeń udzielanych przez pielęgniarki, położne i ratowników medycznych w zakresie dodatkowych środków finansowych przeznaczonych na wzrost wynagrodzeń.  W zakresie § 1 pkt 2 niniejszego zarządzenia (dotyczącego § 15 ust. 4 pkt 3) dodano przepis, który ma na celu doprecyzowanie regulacji w taki sposób, aby stosowanie przepisu nie budziło wątpliwości interpretacyjnych. W związku z powyższym, uzupełniono przepis (o kolejną jednostkę redakcyjną - pkt 3), wskazujący, iż do świadczeń z zakresu ratunkowego dostępu do technologii lekowych, nie stosuje się współczynników korygujących (jakościowych), o których mowa w § 15 w ust. 2 zmienianego zarządzenia. Leki w ramach RDTL są finansowane po określonych w fakturze zakupu cenach, niemniej analogicznie do leków w programach lekowych i leków w chemioterapii (również rozliczanych po cenie z faktury) w systemach rozliczeniowych sprawozdawane i rozliczne są one w pkt po cenie 1 zł.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 27 sierpnia 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1482021dsoz,7408.html) |
| 28.09.2021 | Obwieszczenie Ministra Zdrowia | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2021 r. w sprawie wykazu podmiotów, które przeprowadzają weryfikację wyników badań laboratoryjnych dla celów nadzoru epidemiologicznego | Ogłasza się wykaz podmiotów, które przeprowadzają weryfikację wyników badań laboratoryjnych dla celów nadzoru epidemiologicznego | Wejście w życie 28 sierpnia 2021 r. | [Obwieszczenie (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/76/akt.pdf) |
| 28.09.2021 | Obwieszczenie Ministra Zdrowia | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2021 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania jednostek diagnostyki patomorfologicznej | Ogłasza się standardy akredytacyjne w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania jednostek diagnostyki patomorfologicznej, zatwierdzone przez Ministra Zdrowia | Wejście w życie 25 września 2021 r. | [akt.pdf (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/75/akt.pdf) |
| 28.09.2021 | Obwieszczenie Ministra Zdrowia | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 14 września 2021 r. w sprawie ograniczenia w ordynowaniu i wydawaniu produktów leczniczych na jednego pacjenta | Ogranicza się ilość wydawanego na jednego pacjenta w wieku poniżej 9 r. ż. w aptece ogólnodostępnej lub punkcie aptecznym produktu leczniczego Fluarix Tetra albo Influvac, albo Influvac Tetra, albo VaxigripTetra w ilości nie więcej niż 2 ampułko-strzykawki na 180 dni.  Ogranicza się ilość wydawanego na jednego pacjenta w wieku poniżej 9 r. ż. w aptece ogólnodostępnej lub punkcie aptecznym produktu leczniczego Fluarix Tetra albo Influvac, albo Influvac Tetra, albo  VaxigripTetra w ilości nie więcej niż 2 ampułko-strzykawki na 180 dni. | Wejście w życie 15 września 2021 r. | [Obwieszczenie (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/74/akt.pdf) |
| 28.09.2021 | Zarządzenie Ministra Zdrowia | Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 września 2021 r. uchylające zarządzenie w sprawie powołania Zespołu do spraw koordynacji sieci laboratoriów COVID | Traci moc zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 kwietnia 2020 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw koordynacji sieci laboratoriów COVID (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 31 oraz poz. 110). | Wejście w życie 14 września 2021 r. | [Zarządzenie z dnia 10 września 2021 r. (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/72/akt.pdf) |
| 28.09.2021 | Obwieszczenie Ministra Zdrowia | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2021 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zagrożonych brakiem dostępności na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej | Ustala się na dzień 10 września 2021 r. wykaz produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zagrożonych brakiem dostępności na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stanowiący załącznik do obwieszczenia | Wejście w życie 9 września 2021 r. | [Obwieszczenie (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/71/akt.pdf) |
| 28.09.2021 | Zarządzenie Ministra Zdrowia | Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie powołania Komitetu Sterującego do spraw monitorowania programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej | W zarządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 lutego 2020 r. w sprawie powołania Komitetu Sterującego do spraw monitorowania programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2020 r. poz. 13 i 63) wprowadza się następujące zmiany:  1) w § 2 w ust. 1:  a) uchyla się lit. p,  b) lit. q otrzymuje brzmienie:  „q) dwóch przedstawicieli Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia.”;  2) § 9 otrzymuje brzmienie:  „9. Przewodniczący Komitetu przedstawi ministrowi właściwemu do spraw zdrowia wyniki realizacji zadań, o których mowa w § 4 pkt 3-5, nie później niż do dnia 31 marca 2022 r.”;  3) § 15 otrzymuje brzmienie:  „§ 15. Zarządzenie traci moc z dniem 1 kwietnia 2022 r.”. | Wejście w życie 8 września 2021 r. | [Zarządzenie z dnia 6 września 2021 r. (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/70/akt.pdf) |
| 28.09.2021 | Obwieszczenie Ministra Zdrowia | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych | Ustala się na okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2026 r. mapę potrzeb zdrowotnych. | Wejście w życie 30 sierpnia 2021 r. | [akt.pdf (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf) |
| 28.09.2021 | Zarządzenie Ministra Zdrowia | Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie nadania statutu Śląskiemu Centrum Chorób Serca w Zabrzu | W załączniku do zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2012 r. w sprawie nadania statutu Śląskiemu Centrum Chorób Serca w Zabrzu (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 5, z 2015 r. poz. 26 oraz z 2017 r.  poz. 74) wprowadza się następujące zmiany:  1) w § 8 ust. 2 otrzymuje brzmienie:  „2. Strukturę organizacyjną SCCS tworzą:  1) I Oddział Kardiologii i Angiologii;  2) II Oddział Kardiologii i Angiologii;  3) Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej – R;  4) Oddział Chorób Serca i Naczyń;  5) Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej i Ciężkiej Niewydolności Krążeniowo-Oddechowej;  6) Oddział Wrodzonych Wad Serca i Kardiologii Dziecięcej;  7) Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej Dziecięcej;  8) Oddział Chorób Wewnętrznych i Diabetologii;  9) Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej;  10) Oddział Intensywnej Terapii;  11) Oddział Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej;  12) Oddział Kardiochirurgii, Transplantacji Serca i Mechanicznego Wspomagania Krążenia;  13) Oddział Kardiochirurgii, Transplantacji Serca i Mechanicznego Wspomagania Krążenia u Dzieci;  14) Oddział Kardiochirurgii, Transplantacji Serca i Płuc oraz Mechanicznego Wspomagania Krążenia;  15) Oddział Transplantacyjny, w skład którego wchodzą:  a) Pododdział Mukowiscydozy,  b) Pododdział Chirurgii Klatki Piersiowej,  c) Pododdział Chorób Płuc;  16) Blok Operacyjny;  17) Koordynator Transplantacji;  18) Zespół Poradni Specjalistycznych;  19) Zespół Pracowni;  20) Zespół Pracowni Naukowych;  21) Izba Przyjęć;  22) Apteka Szpitalna;  23) Centralna Sterylizatornia;  24) Ośrodek Naukowo-Dydaktyczny i Nowych Technologii Medycznych;  25) Specjalista do Spraw Epidemiologii;  26) Psycholog Kliniczny;  27) Pracownik Socjalny;  28) Kapelan;  29) Archiwum Szpitalne;  30) Specjalista do Spraw Technologii Informatycznych i Analiz Statystycznych;  31) Biblioteka Medyczna;  32) Inspektor Ochrony Radiologicznej;  33) Sekcja do Spraw Bezpieczeństwa i Higieny Pracy;  34) Samodzielne Stanowisko Pracy Radcy Prawnego;  35) Pełnomocnik do Spraw Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji;  36) Inspektor Ochrony Danych;  37) Audytor Wewnętrzny;  38) Sekcja do Spraw Jakości i Szkoleń;  39) Dział Księgowo-Finansowy;  40) Dział Spraw Pracowniczych;  41) Dział Zamówień Publicznych;  42) Dział Zaopatrzenia, Gospodarki Magazynowej i Transportu;  43) Dział Organizacyjny;  44) Specjalista do Spraw Obsługi i Realizacji Projektów;  45) Dział Rozliczeń Świadczeń Medycznych;  46) Pracownia Informatyki;  47) Dział Informatycznych Systemów Administracyjnych;  48) Dział Controlingu i Analiz;  49) Specjalista do Spraw Kontroli Zarządczej;  50) Dział Płac;  51) Dział Techniczny;  52) Pracownia Elektroniki Medycznej;  53) Inspektor do Spraw Obronnych;  54) Inspektor do Spraw Przeciwpożarowych.”;  2) w § 12 ust. 6 otrzymuje brzmienie:  „6. Wyboru firmy audytorskiej do przeprowadzenia badania sprawozdania finansowego dokonuje minister właściwy do spraw zdrowia.” | Wejście w życie 31 sierpnia 2021 r. | [Zarządzenie (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/68/akt.pdf) |
| 28.09.2021 | Zarządzenie Ministra Zdrowia | Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 sierpnia 2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie nadania statutu Krajowemu Ośrodkowi Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie | W zarządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie nadania statutu Krajowemu Ośrodkowi Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 28) w załączniku w § 9 w ust. 1:  1) po pkt 2 dodaje się pkt 2a w brzmieniu:  „2a) Zespół kontroli zakażeń szpitalnych;”;  2) po pkt 9 dodaje się pkt 9a w brzmieniu:  „9a) Samodzielne Stanowisko Pracy Inspektora Ochrony Danych;”. | Wejście w życie 26 sierpnia 2021 r. | [Zarządzenie z dnia 24 sierpnia 2021 r. (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/67/akt.pdf) |
| 28.09.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie | Celem projektowanej nowelizacji jest zwiększenie dostępności pacjentów do wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, a także uszczegółowienie obowiązujących przepisów aby wyeliminować problemy interpretacyjne.  1. Wprowadzono zmiany w zakresie refundacji cewników (lp. 96).  2. Wprowadzono zmiany w zakresie środków absorpcyjnych (lp. 100 i 101).  3. Rozszerzono kryteria przyznawania wyrobów medycznych: rękaw uciskowy płaskodziany z krytym szwem (lp. 69) nogawica uciskowa płaskodziana z krytym szwem (lp. 70), sensor/elektroda do Systemu Ciągłego Monitorowania Glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT) (lp. 135), transmiter/nadajnik do Systemu Ciągłego Monitorowania Glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT) (lp. 136) czujnik do systemu monitorowania stężenia glukozy Flash (Flash Glucose Monitoring - FGM) (lp. 137), wózek inwalidzki specjalny (lp. 130), wózek inwalidzki specjalny dziecięcy o pacjentów po amputacjach lub z wrodzonym brakiem kończyn (lp. 131).  4. Rozszerzono katalog osób uprawnionych do wystawiania zleceń na worki do zbiórki moczu z odpływem (lp. 97), zaopatrzenie stomijne (lp. 99) i uporządkowano katalog osób uprawnionych do wystawiania zleceń.  5. Uszczegółowiono przepisy w zakresie:  1) wyłączenia jednoczesnego zaopatrzenia w worki do zbiórki moczu (lp. 97) i worki do zbiórki moczu z odpływem (lp. 98);  2) okresu użytkowania wymiany leja w protezie ostatecznej podudzia (lp. 10) i wymiany leja w protezie ostatecznej uda (lp. 17), proteza piersi (lp. 92);  3) poduszki przeciwodleżynowej pneumatycznej (lp. 116);  4) czujnika do systemu monitorowania stężenia glukozy Flash (Flash Glucose Monitoring - FGM) (lp. 137).  Ponadto uzupełniono lp. 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 57, 58, 59, 60, 61, 62 i 63 przez dodanie obok fizjoterapeuty, o którym mowa w art. 4 ust. 4 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2021 r. poz. 553) również specjalisty w dziedzinie fizjoterapii, a także w załączniku do rozporządzenia skorygowano objaśnienie dotyczące okresu użytkowania. | Wejście w życie 1 grudnia 2021 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000169101.pdf) |
| 28.09.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 września 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie metody zapobiegania grypie sezonowej w sezonie2021/2022 | Wraz z wprowadzeniem metody zapobiegania grypie sezonowej, utworzono rezerwę strategiczną szczepionki przeciw grypie do wykorzystania do realizacji szczepień. W obowiązującym brzmieniu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie metody zapobiegania grypie sezonowej w sezonie 2021/2022 (Dz. U. poz. 1581) nabywanie, przechowywanie i dystrybucja szczepionek odbywają się na podstawie przepisów art. 18a ust. 2 i 3 oraz ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Wobec faktu, że ww. działania obywać się będą za pośrednictwem Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych i na podstawie przepisów ustawy z dnia 17 grudnia 2020 r. o rezerwach strategicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 255 i 694) nastąpiła potrzeba dokonania zmian w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie metody zapobiegania grypie sezonowej w sezonie 2021/2022.  Szczepionka przeciw grypie będzie udostępniana na mocy przepisów ustawy z dnia 17 grudnia 2020 r. o rezerwach strategicznych, wobec tego projekt rozporządzenia przewiduje uchylenie w § 5 pkt 1 i 2 w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie metody zapobiegania grypie sezonowej w sezonie 2021/2022. Jednocześnie nie ma potrzeby uzupełniania zamienianego rozporządzenia w omawianym aspekcie. Uchylenie przepisów wynika z działań, które będą podejmowane przez Rządową Agencję Rezerw Strategicznych na podstawie decyzji Prezesa Rady Ministrów na wniosek Ministra Zdrowia. Szczepionka stanowi rezerwę strategiczną. | Wejście z życie 15 września 2021 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 września 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie metody zapobiegania grypie sezonowej w sezonie 2021/2022 (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000168801.pdf) |
| 28.09.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. uchylające rozporządzenie w sprawie czasowego ograniczenia funkcjonowania uczelni medycznych w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 | Projektowane rozporządzenie jest wydawane na podstawie upoważnienia zawartego w art. 433a ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. − Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478 i 619), zwanej dalej „ustawą”, i ma na celu uchylenie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 października 2020 r. w sprawie czasowego ograniczenia funkcjonowania uczelni medycznych w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID 19 (Dz. U. poz. 1833), zwanego dalej „uchylanym rozporządzeniem”.  Zgodnie z przywołanymi powyżej art. 433a ustawy, w przypadkach uzasadnionych nadzwyczajnymi okolicznościami zagrażającymi życiu lub zdrowiu członków wspólnoty uczelni wojskowej, uczelni służb państwowych, uczelni artystycznej, uczelni medycznej lub uczelni morskiej, właściwy minister nadzorujący te uczelnie, w drodze rozporządzenia, może czasowo ograniczyć lub czasowo zawiesić funkcjonowanie uczelni na obszarze kraju lub jego części, uwzględniając stopień zagrożenia na danym obszarze.  Uchylanym rozporządzeniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej ograniczono funkcjonowanie uczelni medycznych w okresie od dnia 19 października 2020 r. na czas nieoznaczony. Należy wyjaśnić, że w chwili wejścia w życie uchylanego rozporządzenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej utrzymywał się stan epidemii z dużą liczbą odnotowywanych dziennie nowych przypadków zakażeń wirusem SARS CoV 2. W tych warunkach konieczne było zapewnienie, do końca roku akademickiego 2020/2021, bezpiecznych warunków kształcenia odbywających się na uczelniach medycznych. Rozwiązania przewidziane w uchylanym rozporządzeniu umożliwiły funkcjonowanie uczelni nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz prowadzenie kształcenia w uczelniach medycznych w okresie epidemii wirusa SARS CoV 2.  Należy wskazać, że na podstawie uchylanego rozporządzenia utrzymano m.in. ograniczenie udziału studentów i doktorantów w zajęciach organizowanych przez uczelnie na ich terenie, wprowadzone uprzednio w 2020 r. przepisami wydanymi na podstawie art. 433a ustawy.  Ponadto, w związku czasowym ograniczeniem funkcjonowania uczelni medycznych, zostały uruchomione szczególne rozwiązania prawne przewidziane ustawie. Regulacje zawarte m.in. w art. 51b ustawy mają na celu łagodzenie trudności organizacyjnych wynikających z wprowadzonych ograniczeń w funkcjonowaniu m.in. uczelni medycznych nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, co korzystnie przekłada się na sytuację osób w nich zatrudnionych i kształcących się.  Ze względu jednak na istotne oddziaływanie powyższych rozwiązań na funkcjonowanie polskiego systemu szkolnictwa wyższego i nauki nie powinny one być utrzymywane permanentnie, w warunkach tego niewymagających.  Aktualna sytuacja epidemiczna, w tym zniesienie lub złagodzenie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej większości obostrzeń wprowadzonych w celu zapobiegania, przeciwdziałania i zwalczania COVID 19, przemawiają za uchyleniem omówionych wyżej rozwiązań prawnych.  Rekomenduje się uchylenie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 października 2020 r. w sprawie czasowego ograniczenia funkcjonowania uczelni medycznych w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.  Proponowane działanie będzie skutkowało w szczególności przywróceniem standardowych zasad funkcjonowania uczelni medycznych.  W przypadku zwiększenia liczby zachorowań na COVID-19 na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej możliwe będzie ponowne wprowadzenie ograniczeń w funkcjonowaniu uczelni medycznych, w tym m.in. przez kształcenie w trybie hybrydowym, zaś w skrajnym przypadku również przez powrót do kształcenia zdalnego. | Wejście w życie 1 września 2021 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. uchylające rozporządzenie w sprawie czasowego ograniczenia funkcjonowania uczelni medycznych w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000159401.pdf) |
| 28.09.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie metody zapobiegania grypie sezonowej w sezonie 2021/2022 | W dniu 20 marca 2020 r. został ogłoszony stan epidemii wywołanej przez wirus SARS-CoV-2. W związku z trwającym stanem epidemii dodatkowo w sezonie jesiennym w okresie wzmożonych infekcji wzrasta poziom zachorowań na grypę. W czasie stanu epidemii COVID-19 konieczne jest wdrożenie działań profilaktycznych przeciw grypie, względem osób, które z racji wykonywanego zawodu mają częste kontakty społeczne, lub w związku z wiekiem są narażone na ciężki przebieg choroby. Szczepionka jest produktem leczniczym, który jest dedykowany uodpornieniu szczepionej populacji przed zachorowaniem w sezonie grypowym. Wraz z wprowadzeniem metody zapobiegania grypie sezonowej, zabezpieczana jest rezerwa szczepionki przeciw grypie do wykorzystania w szczepieniach. Rozwiązanie zapewniające zachowanie jednolitego i spójnego schematu dystrybucji szczepionek przeciw grypie sezonowej w sezonie grypowym 2021/2022.  Projekt rozporządzenia zakłada objęcie szczepieniami bezpłatnymi, stanowiącymi metodę zapobiegania grypie sezonowej:  - osoby zatrudnione w podmiocie wykonującym działalność leczniczą,  - farmaceutów i techników farmaceutycznych,  - osoby uprawnione do wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej w laboratorium,  - nauczycieli akademickich oraz doktorantów i studentów tych uczelni biorący udział, zgodnie z programem studiów, w zajęciach z udziałem pacjentów lub w trakcie których następuje kontakt z biologicznym materiałem zakaźnym,  - osoby zatrudnione w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej w rozumieniu art. 6 pkt 5 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub w placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, o której mowa w art. 67 i art. 69 tej ustawy,  - pacjentów zakładu opiekuńczo-leczniczego, zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego, hospicjum stacjonarnego lub domowego i oddziału medycyny paliatywnej oraz osoby przebywające w domu pomocy społecznej, lub w placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, o której mowa w art. 67 i art. 69 tej ustawy,  - nauczycieli, wychowawców i innych pracowników pedagogicznych zatrudnionych w przedszkolu, innej formie wychowania przedszkolnego, szkole lub placówce działającej w systemie oświaty, przedszkolu lub szkole funkcjonującej w systemie oświaty innego państwa znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, Centralnej Komisji Egzaminacyjnej i okręgowych komisjach egzaminacyjnych, osoby pracujące z dziećmi w placówce wsparcia dziennego, placówce opiekuńczo-wychowawczej, regionalnej placówce opiekuńczo-terapeutycznej, interwencyjnym ośrodku preadopcyjnym, w ramach form opieki nad dziećmi w wieku do lat 3,  - nauczycieli akademickich zatrudnionych w uczelni innej niż określona w pkt 6 oraz inne osoby prowadzące w uczelni zajęcia ze studentami lub doktorantami zgodnie z programem odpowiednio studiów albo kształcenia,  - osoby prowadzące zajęcia na uczelniach kościelnych oraz w wyższych seminariach duchownych,  - funkcjonariuszy albo żołnierzy: Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, Policji, Straży Granicznej, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Służby Wywiadu Wojskowego, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Celno-Skarbowej, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Ochrony Państwa, Służby Więziennej, Inspekcji Transportu Drogowego, straży ochrony kolei, strażnicy straży gminnej (miejskiej), oraz członkowie ochotniczych straży pożarnych, ratownicy górscy i wodni wykonujący działania ratownicze,  - osoby urodzone nie później niż w 1946 r.    Samo przeprowadzenie szczepienia polega na podaniu szczepionki w formie zastrzyku domięśniowego i jest standardowym zabiegiem wykonywanym przez osoby uprawnione.  Projekt rozporządzenia zakłada określenie metody zapobiegania grypie sezonowej, która będzie pozytywnie oddziaływać na osoby szczególnie narażone na zachorowanie na grypę. Wdrożenie szczepień i osiągnięcie wysokiego odsetka osób zaszczepionych, zwłaszcza w przypadku personelu podmiotów leczniczych, laboratoriów i aptek, zwiększy zakres ochrony indywidualnej pracowników podmiotów leczniczych w sezonie grypowym 2021/2022, co wiąże się z ograniczaniem zakażeń zarówno wśród personelu jak i w kontaktach z pacjentami. Działanie prewencyjne jest nakierowane na ograniczenie absencji pracowników oraz ograniczenie wzrostu zachorowań i powikłań grypowych wśród osób w podeszłym wieku. Celem projektu jest zapewnienie dostępności do szczepionki dla osób uprawnionych na wypadek ograniczenia w dostępie do produktów leczniczych. Bazując na danych pochodzących z NFZ oraz rejestru wydań szczepionek z rezerwy w sezonie 2020/2021 zaszczepiono 40% osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych i aptekach. Zaszczepiona populacja osób po 75. roku życia (wg roku urodzenia) stanowiła w ubiegłym sezonie 6-10% osób uprawnionych do szczepienia. | Wejście w życie 1 września 2021 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie metody zapobiegania grypie sezonowej w sezonie 2021/2022 (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000158101.pdf) |
| 28.09.2021 r. | Ustawa | Ustawa z dnia 24 czerwca 2021 r. o zmianie ustawy o Agencji Badań Medycznych oraz niektórych innych ustaw | Ustawa z dnia 24 czerwca 2021 r. o zmianie ustawy o Agencji Badań Medycznych oraz niektórych innych ustaw ma charakter doprecyzowujący regulacje dotyczące funkcjonowania Agencji Badań Medycznych. Zmiany mają na celu:  1) rozszerzenie zakresu działalności Agencji o eksperymenty badawcze;  2) wspieranie przez Agencję, oprócz badań klinicznych, także nowych eksperymentów badawczych;  3) doprecyzowanie regulacji dotyczących funkcjonowania Agencji.  W ustawie o Agencji Badań Medycznych wprowadzono ponadto zmiany m.in. w zakresie:  1) poszerzenia zadań, które Agencja będzie mogła realizować poprzez ekspertów;  2) przyznania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia kompetencji do odwołania członka Rady Agencji Badań Medycznych, przed upływem kadencji, z własnej inicjatywy albo na wniosek podmiotu, który zgłosił go jako kandydata do pełnienia funkcji członka Rady;  3) zwolnienia Prezesa Agencji ze stosowania przepisów o zamówieniach publicznych przy zawieraniu umów z ekspertami zewnętrznymi;  4) rozszerzenia przychodów Agencji Badań Medycznych o możliwość otrzymania dotacji celowej na finansowanie lub dofinansowanie kosztów inwestycji związanych z obsługą realizacji zadań Agencji.  **Zawarte w ustawie zmiany w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawie z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej, ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, ustawie z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty oraz ustawie z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, mają na celu umożliwienie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia upoważnienia poszczególnych jednostek organizacyjnych samorządów zawodowych do wykonywania kompetencji emitenta dokumentu publicznego (poświadczającego prawo do wykonywania danego zawodu), o którym mowa w ustawie z dnia 22 listopada 2018 r. o dokumentach publicznych.**  W zmianach do ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, modyfikowane są regulacje, których celem jest wskazanie podmiotu będącego zarówno administratorem systemu zarządzającego TOPSOR jak również danych przetwarzanych w tym systemie. Zgodnie z ustawą administratorem TOPSOR do dnia 31 grudnia 2026 r. będzie podmiot leczniczy utworzony przez ministra właściwego do spraw zdrowia w celu realizacji zadań lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, zaś od dnia 1 stycznia 2027 r. funkcję tę przejmie Narodowy Fundusz Zdrowia.  W zmienianej ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, ustawa wprowadza regulację na podstawie której będzie możliwe kontynuowanie refundacji leku lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego stosowanego w ramach programu lekowego lub chemioterapii, dla którego nie wydano kolejnej decyzji o objęciu refundacją, a który jest dostępny na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przy jednoczesnym braku alternatywnej opcji terapeutycznej w ramach tego programu lekowego lub chemioterapii.  Ustawa wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem przepisów zmieniających:  1) ustawę z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz ustawę z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (dotyczące administratora TOPSOR), wejdą w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia z mocą od dnia 1 lipca 2021 r.;  2) ustawę z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych wejdą w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, z mocą od dnia 1 lipca 2021 r.;  3) ustawę z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (w zakresie zmian dotyczących finansowania zadania administratora TOPSOR) – wejdą w życie z dniem 1 stycznia 2027 r. | Wejście w życie 8 września 2021 r. | https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000155901.pdf |
| 28.09.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego | W związku z epidemią COVID-19, świadczeniodawcy zaangażowani w leczenie pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2 odnotowują problemy operacyjne związane z deficytem kadry lekarskiej oraz pielęgniarskiej dedykowanej zwalczaniu epidemii. W związku z ograniczeniami wynikającymi z wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 290, z późn. zm.), część potencjału wykonawczego świadczeniodawców nie może być w świetle obowiązujących przepisów wykorzystana do zabezpieczenia potrzeb systemu opieki zdrowotnej związanych ze zwalczaniem epidemii.  W projekcie rozporządzenia proponuje się przedłużenie do dnia 31 grudnia 2021 r., zwolnienia świadczeniodawców udzielających świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego w trybie hospitalizacji z obowiązku zapewnienia kadry lekarsko-pielęgniarskiej zgodnie z wymaganiami określonymi w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Decyzja co do obsady lekarsko-pielęgniarskiej oddziałów szpitalnych realizujących poszczególne zakresy świadczeń będzie spoczywać na kierowniku podmiotu leczniczego, który w oparciu o aktualną analizę potrzeb operacyjnych szpitala będzie podejmował decyzję o przesunięciu niezbędnych zasobów kadrowych w obszary o największych deficytach personalnych. Powyższe ma na celu uwolnienie potencjału wykonawczego świadczeniodawców wynikającego z m.in. z ograniczenia realizacji części świadczeń zdrowotnych, zgodnie z zaleceniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, do zwalczania epidemii wirusa SARS-CoV-2. Swoboda zarządzania personelem medycznym zostanie ograniczona przez obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów przebywających na oddziałach szpitalnych, w szczególności ich stanu zdrowotnego oraz liczby. | Skierowanie aktu do ogłoszenia 27 września 2021 r. | [Projekt (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/projekt/12351668/katalog/12818482#12818482) |
| 28.09.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia | Przedmiotem projektu rozporządzenia jest wprowadzenie nowej dziedziny – chirurgiczna asysta lekarza, w której osoby zainteresowane będą mogły odbywać szkolenie specjalizacyjne. W ramach kształcenia podyplomowego ratownicy medyczni i pielęgniarki będą mogli podnieść kwalifikacje zawodowe. Poprzez nabycie dodatkowej wiedzy i umiejętność w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, ratownicy i pielęgniarki będą mogli asystować lekarzom przy operacjach oraz zabiegach pooperacyjnych.  Celem projektowanych rozwiązań jest określenie nowej dziedziny specjalizacji – chirurgiczna asysta lekarza, w której zainteresowane osoby będą mogły odbywać szkolenie specjalizacyjne. Chirurgiczny asystent lekarza byłby przygotowany merytorycznie i praktyczne do wykonywania określonych czynności przedoperacyjnych, którymi nie musiałby się zajmować już lekarz. Mógłby asystować przy stole operacyjnym, a także wykonywać określone czynności po zabiegach chirurgicznych. Ratownik medyczny i pielęgniarka, którzy uzyskają dodatkowe kwalifikacje po szkoleniu specjalizacyjnym będą mogli odciążyć chirurga, w szczególności chirurga ogólnego. Obecnej odczuwalny jest znaczny deficyt chirurgów ogólnych, a średnia wieku aktywnych zawodowo lekarzy wynosi 60 lat. Chirurgiczni asystenci lekarzy będą posiadali wiedzei umiejętności praktyczne pozwalające na skuteczną pomoc i asystę podczas zabiegów operacyjnych oraz prowadzenia leczenia chorych przebywających w warunkach szpitalnych oddziałów pod ścisłym nadzorem lekarza specjalisty. Rozwiązanie to spowoduje, iż system opieki zdrowotnej wzbogaci się o wysoko wyspecjalizowaną kadrę medyczną. | Komisja Prawnicza | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12349101/12802895/12802896/dokument512944.pdf) |
| 28.09.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie sposobu i procedur przygotowania analizy weryfikacyjnej Agencji Oceny Technologii Medycznych oraz wysokości opłaty za tę analizę | Opracowanie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie sposobu i procedur przygotowania analizy weryfikacyjnej Agencji Oceny Technologii Medycznych oraz wysokości opłaty za tę analizę, zwanego dalej „projektem”, wynika z następujących powodów:  1) potrzeby zmiany tytułu oraz § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie sposobu i procedur przygotowania analizy weryfikacyjnej Agencji Oceny Technologii Medycznych oraz wysokości opłaty za tę analizę (Dz. U. z 2014 r. poz. 4) z dniem 1 stycznia 2015 r. Agencja Oceny Technologii Medycznych zmieniła nazwę na Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji - na podstawie art. 12 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r. poz. 1138, z późn. zm.). Tym samym zaistniała potrzeba dostosowania nazwy Agencji do zaistniałych zmian ustawowych;  2) potrzeby wprowadzenia zmian w § 2 i § 6 rozporządzenia w związku z faktem zmian wprowadzonych ustawą z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1875). Na mocy ww. ustawy, Agencja w przypadku otrzymania od ministra właściwego do spraw zdrowia wniosku o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu technologii lekowej o wysokiej wartości klinicznej dla leku, który nie ma odpowiednika refundowanego w danym wskazaniu wraz z analizami, o których mowa w art. 25a pkt 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 523, z późn. zm.), jest zobowiązana do sporządzenia analizy weryfikacyjnej. Tym samym zaistniała potrzeba uregulowania sposobu przygotowywania tej analizy;  3) zmiany w § 7 rozporządzenia wynikają z konieczności urealnienia wysokości opłaty za przygotowanie analizy weryfikacyjnej Agencji do rzeczywiście ponoszonych kosztów przez Agencję. Przez ponad 7 lat obowiązywania obecnej wysokości opłaty za przygotowanie analizy weryfikacyjnej Agencji, przestała już ona odpowiadać obecnym realiom ekonomicznym i nie pokrywa w pełni kosztów ponoszonych przez Agencję, związanych z jej przygotowaniem.  Rekomendowanym rozwiązaniem jest wprowadzenie regulacji, która dostosuje wysokość opłaty za przygotowanie analizy weryfikacyjnej Agencji, do rzeczywiście ponoszonych kosztów z tego tytułu oraz określi sposób przygotowania analizy weryfikacyjnej Agencji dotyczącej wniosku o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu technologii lekowej o wysokiej wartości klinicznej.  Jedynym narzędziem umożliwiającym realizację celu projektowanej regulacji, jest podjęcie inicjatywy legislacyjnej. Nie jest możliwe uzyskanie oczekiwanego skutku przez działania pozalegislacyjne, gdyż wysokość aktualnie obowiązujących opłat i sposobu przygotowywania analizy weryfikacyjnej Agencji wynika z już obowiązujących przepisów prawa. | Konsultacje społeczne do 25 września 2021 r. | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12351453/12816117/12816119/dokument521288.pdf) |
| 28.09.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu przejść granicznych właściwych dla przeprowadzania granicznej kontroli sanitarnej | Celem projektowanego rozporządzenia jest rozszerzenie wykazu przejść granicznych właściwych dla przeprowadzania granicznej kontroli sanitarnej określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2007 r. w sprawie wykazu przejść granicznych właściwych dla przeprowadzania granicznej kontroli sanitarnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 546) o port lotniczy w Świdniku k/Lublina.  Projekt rozporządzenia jest wydawany w związku ze skierowanym do Ministra Zdrowia wnioskiem Prezesa Zarządu Portu Lotniczego Lublin dotyczącym uwzględnienia lotniczego przejścia granicznego Świdnik k/Lublina w wykazie przejść granicznych, przez które środki spożywcze oraz materiały lub wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością, podlegające granicznej kontroli sanitarnej, mogą być wprowadzane na terytorium Unii Europejskiej.  Przejście graniczne Świdnik k/Lublina zostało ustalone w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 18 czerwca 2001 r. w sprawie ustalenia morskich i stałych lotniczych przejść granicznych oraz rodzaju ruchu dozwolonego przez te przejścia (Dz. U. z 2015 r. poz. 1534), jako stałe lotnicze przejście graniczne w zakresie ruchu osobowego i towarowego.  Na terenie portu lotniczego Świdnik k/Lublina zostały zapewnione warunki (m.in. infrastrukturalne, lokalowe) do przeprowadzania granicznych kontroli sanitarnych dla towarów niewymagających warunków chłodniczych. Przeprowadzanie granicznych kontroli sanitarnych zapewni Państwowy Graniczny Inspektor Sanitarny w Dorohusku.  Projekt rozporządzenia umożliwi przywóz lub wywóz środków spożywczych oraz materiałów lub wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, które podlegają granicznej kontroli sanitarnej, przez lotnicze przejście graniczne Świdnik k/Lublina. Przeprowadzanie granicznych kontroli sanitarnych zapewni Państwowy Graniczny Inspektor Sanitarny w Dorohusku. | Konsultacje społeczne do 15 października 2021 r. | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12349100/12802858/12802859/dokument512931.pdf) |
| 28.09.2021 | Ustawa | Projekt ustawy o zmianie ustawy - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (druk 1569) | Określenie zasad wsparcia dla osób podejmujących i odbywających odpłatne studia w języku polskim na kierunku lekarskim z obowiązkiem ich późniejszego odpracowania w publicznej służbie zdrowia; o kredyt na studia medyczne będą mogli ubiegać się studenci odbywający studia na kierunku lekarskim, prowadzone już od 1 października 2021 r.  Rzeczypospolita Polska nadal pozostaje krajem, który stanowi atrakcyjny rynek pozyskiwania wysoko wykwalifikowanego personelu medycznego, jednocześnie na tym tracąc – wyjazd wykwalifikowanego lekarza skutkuje ograniczeniem dostępu do usług medycznych w kraju. Z danych Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej, prowadzonego przez Naczelną Izbę Lekarską, wynika, że liczba zaświadczeń wydanych tylko lekarzom (z wyłączeniem lekarzy specjalistów) od momentu wejścia Rzeczypospolitej Polskiej do Unii Europejskiej (UE), tj. od dnia 1 maja 2004 r. do 2019 r., wyniosła ok. 16 tys. Zakłada się, że po takie zaświadczenia zgłaszają się lekarze chcący kontynuować karierę zawodową poza granicami kraju. Należy mieć również na uwadze, że ww. Rejestr obejmuje wyłącznie osoby, które zamierzają podjąć pracę na terytorium UE (ale już np. nie w USA, Arabii Saudyjskiej, czy Australii). W świetle powyższego liczba lekarzy opuszczających nasz kraj po ukończeniu studiów może być wyższa, jednak trudna do oszacowania. Podkreślić należy, że koszt kształcenia obejmujący okres 6-letnich studiów na kierunku lekarskim w kraju wynosi, w zależności od uczelni, od 200 tys. zł do 250 tys. zł. Przy założeniu, iż wszyscy lekarze, którzy ukończyli nieodpłatne studia w kraju, a także pobrali zaświadczenie oraz wyjechali do pracy w UE, koszt dla budżetu państwa, a więc również polskiego podatnika, w latach 2004-2019 r., wyniósł ok. 4 mld zł.  Z kolei innym źródłem informacji pozwalającym, wydaje się w bardziej precyzyjny sposób, określić skalę i kierunki migracji lekarzy, którzy uzyskali swoje kwalifikacje w Rzeczypospolitej Polskiej, do krajów UE oraz Norwegii są dane Komisji Europejskiej. Analizując liczbę lekarzy bez specjalizacji (doctors in basic medicine), należy wskazać, że łącznie w okresie od 2005 r. do 2019 r. 9671 z nich uznało kwalifikacje zawodowe zdobyte w Rzeczypospolitej Polskiej,  w krajach należących do UE oraz Norwegii. Do krajów, w których lekarze wykształceni w Polsce, najczęściej uznawali kwalifikacje zawodowe we wskazanym okresie należy zaliczyć Norwegię, Wielką Brytanię, Niemcy, Hiszpanię, Irlandię, Szwecję, Danię, Niderlandy. Niepokojącym zjawiskiem jest z pewnością fakt, że od 2015 r. łączna liczba lekarzy wykształconych w naszym kraju, którzy uznali kwalifikacje zawodowe w UE oraz Norwegii zwiększyła się z 6128 do 9671 w 2019 r., co stanowi w stosunku do 2015 r. około 63 % wzrost. Na podstawie powyższych danych należy stwierdzić, że średnio rocznie 886 absolwentów kierunku lekarskiego (bez specjalizacji), wykształconych w Polsce, uzyskuje uznanie kwalifikacji zawodowych w Unii Europejskiej oraz Norwegii. Zatem powyższe dane wskazują na skalę zjawiska emigracji lekarzy wykształconych w Polsce, jednak ograniczoną wyłącznie do krajów członkowskich UE oraz Norwegii. Do źródeł informacji na temat intencji migracyjnych lekarzy zatrudnionych w polskich szpitalach należy zaliczyć badania przeprowadzone przez A. Domagałę, K. Dubas-Jakubczyk w ramach projektu finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki. Jak wskazują autorki badania intencje migracji lekarzy sprawdzano przez pytania zawarte w ankiecie o następującej treści: „Czy aktualnie rozważa Pan/Pani możliwość emigracji zawodowej?” Respondenci odpowiadali na tak zadane pytanie wybierając jedną spośród czterech możliwych odpowiedzi: „zdecydowanie nie”, „raczej nie”, „raczej tak” oraz „zdecydowanie tak.” Ponadto respondenci byli pytani o przyczyny oraz bariery związane z emigracją.  Do badania włączono 15 szpitali z różnych miast: w tym 7 szpitali powiatowych, 5 szpitali specjalistycznych i 3 uniwersyteckie. Wyniki przeprowadzonego badania zebrano za pomocą kwestionariusza on-line, rozesłanego do lekarzy w okresie od marca do czerwca 2018 r. Analizie poddano odpowiedzi udzielone przez 1003 lekarzy. Analiza udzielonych odpowiedzi, przeprowadzona przez autorów badania prowadzi do następujących wniosków:  1) 27,2% badanych lekarzy zadeklarowało, że aktualnie rozważa możliwość emigracji: z tego 4,5% „zdecydowanie tak”, a 22,7% – „raczej tak”  2) rezydenci częściej deklarują plany migracyjne w porównaniu do lekarzy specjalistów.  Tylko 2,7% specjalistów pytanych czy rozważają emigrację odpowiedziało „zdecydowanie tak” i 16,2% „raczej tak”. Dla porównania w grupie rezydentów 8,3% odpowiedziało „zdecydowanie tak” i aż 36,4% – „raczej tak”;  3) intencje migracyjne były negatywnie skorelowane z wiekiem i stażem pracy: im starszy lekarz i im dłuższy jego staż zawodowy, tym rzadziej deklarował chęć emigracji;  4) analiza potwierdziła związek pomiędzy brakiem satysfakcji zawodowej, a chęcią emigrowania. Lekarze, którzy rozważają migrację, ocenili niżej swoją satysfakcję zawodową (skali 1-6): średnia 3,60 (SD=0,80) dla tych, którzy pytani o rozważanie emigracji odpowiedzieli “zdecydowanie tak”; w porównaniu do oceny 4,30 dla tych, którzy odpowiedzieli „zdecydowanie nie” i „raczej nie”;  5) mężczyźni częściej deklarowali chęć migracji (5,2% „zdecydowanie tak” i 26,3% „raczej tak”) w porównaniu z kobietami (odpowiednio 3,7% oraz 19,0%);  6) lekarze pracujący w małych miastach (szpitale powiatowe) rzadziej deklarowali chęć migracji (2,8% odpowiedzi „zdecydowanie tak” i 16,0% „raczej tak”) niż lekarze pracujący w dużych miastach (odpowiednio 5,1% i 25,4%);  7) głównymi deklarowanymi powodami rozważania migracji były: wynagrodzenie (80,6%), warunki pracy (72,9%), równowaga pomiędzy życiem zawodowym a osobistym (66,7%), możliwości rozwoju zawodowego (58,6%), obciążenie obowiązkami administracyjnymi (53,5%) oraz stresujące warunki w aktualnej pracy (51,6%);  8) jako kraje docelowe emigracji respondenci wskazywali głównie: Niemcy (22,3%), Wielką Brytanię (19,8%), Norwegię (11,7%) oraz Szwecję (8,8%). Większość respondentów (83%) jako cel migracji wskazywała kraje europejskie. Spośród innych krajów wymieniano: Australię, Stany Zjednoczone oraz Kanadę;  9) większość respondentów rozważających emigrację zawodową (168 spośród 273) zadeklarowało, że planowało wyjazd czasowy na okres od 3-5 lat.  Wyniki ww. badań wskazują, że rozwiązania zaproponowane w projekcie ustawy, w sposób jednoznaczny uzasadniają objęcie regulacjami absolwentów polskich uczelni, będących młodymi lekarzami, gdyż z przytoczonych badań wynika, że to właśnie ta grupa wiekowa przejawia największą chęć migracji. Powyższe wyniki badań nad zjawiskiem migracji lekarzy wskazują również na kierunki deklarowanej migracji młodych lekarzy za granicę potwierdzając jednocześnie, że głównym kierunkiem migracji polskich lekarzy jest kontynent europejski. Jednocześnie, na podstawie ww. badań można wysnuć wniosek, że do głównych czynników motywacji wyjazdu za granicę polskich lekarzy należy uznać czynniki finansowe oraz warunki pracy. Wprowadzenie przedmiotowego wsparcia będzie również szansą na uzyskanie zawodu lekarza dla osób uzdolnionych, które pomimo uzyskania wysokich wyników na egzaminie dojrzałości nie dostały się na studia na kierunku lekarskim w trybie stacjonarnym, a które z braku wystarczających środków finansowych nie mogły podjąć ww. studiów odpłatnie. Z informacji przekazanych Ministrowi Zdrowia przez uczelnie wyższe obecnie w formie niestacjonarnej w języku polskim tj. studiów docelowo mających zostać objętych kredytowaniem, limity przyjęć na studia na kierunku lekarskim prowadzone w formie niestacjonarnej nie są wypełniane w ok. 13-17 % (od 151 do 233 osób rocznie). Z informacji posiadanych przez resort zdrowia wynika, że średnia wysokość opłaty za studia niestacjonarne w języku polskim w roku akademickim 2018/2019 wynosi średnio 32 800 zł rocznie. Powyższe może wskazywać, na czynnik finansowy, jako jedną z głównych przyczyn niepodejmowania ww. formy studiów przez kandydatów na studia. Jednakże, z uwagi na brak badań potwierdzających przyczyny rezygnowania z ww. formy studiów na kierunku lekarskim z powodów finansowych, nie można w sposób jednoznaczny stwierdzić, że czynnik ten stanowi wyłączną przyczynę rezygnacji z ww. formy kształcenia. Mając na uwadze powyższe, stwierdzić należy, że emigracja lekarzy wykształconych na koszt polskiego podatnika, nie służy lekarzom, nie jest dobra dla budżetu państwa i – co najważniejsze – nie jest dobra dla pacjentów, którzy oczekują wysokich standardów opieki medycznej i dostępności do wysokiej klasy specjalistów. Dlatego też konieczne jest podejmowanie wszelkich działań zmierzających do zwiększenia liczby personelu medycznego. Proponuje się zatem wprowadzenie do polskiego systemu szkolnictwa wyższego instytucji kredytu na studia medyczne z obowiązkiem ich późniejszego odpracowania w publicznej służbie zdrowia.  Dodatkowo, ponaddwuletnia praktyka stosowania przepisów z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, zwanej dalej „ustawą”, dotyczących okresu przysługiwania świadczeń dla studentów (art. 93) oraz oprocentowania kredytów studenckich (art. 101) wskazuje na pilną potrzebę modyfikacji obecnych rozwiązań.  Ustanowiony ustawowo 6-letni okres przysługiwania świadczeń jest jednakowy dla wszystkich studentów, niezależnie od czasu trwania studiów. Rozwiązanie takie budzi wątpliwości środowiska akademickiego, szczególnie uczelni medycznych, w których kształcenie jest dłuższe i trwa zazwyczaj 6 lat. Tym samym studenci kierunków medycznych w przypadku wydłużenia okresu kształcenia, np. z powodu skorzystania z urlopu od zajęć, nie mogą korzystać ze wsparcia przez cały okres studiów. Dodatkowo, ze względu na ogólną treść przepisu określającego 6-letni okres przysługiwania świadczeń dla studentów, pojawiły wątpliwości interpretacyjne dotyczące sposobu ustalania tego okresu. Z tego względu konieczne jest podjęcie działań mających na celu dostosowanie okresu przysługiwania świadczeń do okresu trwania studiów oraz wyeliminowanie wątpliwości interpretacyjnych w zakresie stosowanie omawianej regulacji.  Systematyczny spadek stopy redyskontowej, obecnie do rekordowego poziomu 0,11 p.p. obniża koszt kredytu studenckiego dla budżetu państwa oraz kredytobiorcy, lecz jednocześnie powoduje, utratę rentowności tego instrumentu z punktu widzenia instytucji kredytujących, a co za tym idzie – niewielką liczbę instytucji zainteresowanych udzielaniem kredytu oraz zmniejszeniem przez instytucje kredytujące akcji promocyjnych tego produktu. W związku z powyższym niezbędne jest przeciwdziałanie odpływowi instytucji kredytujących z systemu kredytów studenckich oraz zapobieganie negatywnym skutkom ewentualnego wystąpienia ujemnej stopy redyskontowej. Większe zainteresowanie instytucji kredytujących tym produktem oraz jego lepsza promocja w placówkach banków wpłynie pozytywnie na dostępność kredytu studenckiego.  Projekt zakłada wsparcie, ze środków budżetu państwa, osób podejmujących i odbywających odpłatne studia w języku polskim na kierunku lekarskim z obowiązkiem ich późniejszego odpracowania w publicznej służbie zdrowia.  Założono, że o kredyt na studia medyczne będą mogli ubiegać się studenci odbywający studia na kierunku lekarskim prowadzone w języku polskim na warunkach odpłatności w polskich uczelniach wyższych (studia niestacjonarne w uczelniach publicznych oraz studia stacjonarne w uczelniach niepublicznych) począwszy od roku akademickiego 2021/2022. Studenci, którzy zdecydują się na skorzystanie z kredytu na studia medyczne, uzyskają możliwość pokrycia częściowego albo całkowitego kosztu kształcenia na tych studiach ze środków pochodzących z budżetu państwa, a następnie po spełnieniu warunków określonych w projektowanej ustawie, jego częściowego lub całkowitego umorzenia. Kredytowanie studiów, odbywało się będzie w transzach wypłacanych przez podmiot udzielający kredytu na studia medyczne (bank) na wyodrębniony rachunek uczelni przez okres trwania studiów, nie dłużej jednak niż przez 6 lat. Ww. kredyt będzie miał preferencyjny charakter przejawiający się, m.in.: niskim oprocentowaniem, możliwością wystąpienia przez kredytobiorcę o wcześniejsze rozpoczęcie spłaty kredytu, możliwością wydłużenia lub skrócenia okresu spłaty kredytu, możliwością obniżenia wysokości miesięcznej raty kredytu, a w przypadku trudnej sytuacji życiowej kredytobiorcy możliwością zawieszenia spłaty kredytu wraz z odsetkami na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy. Przewiduje się, że o kredyt na studia medyczne będą mogli ubiegać się studenci, którzy rozpoczęli studia przed rokiem akademickim 2021/2022, jak również podejmujący studia począwszy od roku akademickiego 2021/2022. Skorzystanie z tej formy wsparcia studentów nie będzie mieć charakteru obligatoryjnego, tzn. studenci, którzy nie będą chcieli skorzystać z tej formy pomocy udzielonej z budżetu państwa, będą mogli podejmować i odbywać kształcenie na zasadach dotychczasowych. Natomiast studenci podejmujący i odbywający studia na kierunku lekarskim w języku polskim na warunkach odpłatności, którzy zdecydują się na skorzystanie z kredytu na studia medyczne (podpiszą stosowną umowę z bankiem), uzyskają możliwość pokrycia częściowego albo całkowitego kosztu kształcenia na tych studiach ze środków pochodzących z budżetu państwa, a następnie po spełnieniu warunków określonych w projektowanej ustawie, jego częściowego lub całkowitego umorzenia. Umorzenie kredytu w całości, na kierunku lekarskim, będzie możliwe, pod warunkiem spełnienia łącznie następujących warunków:  1) obowiązku odpracowania studiów po ich ukończeniu przez okres nie krótszy niż 10 lat w okresie 12 kolejnych lat liczonych od dnia ukończenia studiów, w podmiotach wykonujących działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,  2) obowiązku uzyskania tytułu specjalisty w ww. okresie, w dziedzinie medycyny uznanej za priorytetową w dniu rozpoczęcia przez lekarza szkolenia specjalizacyjnego,  Dodatkowo w ustawie przewidziano możliwość umorzenia kredytu na wniosek kredytobiorcy, w zależności od okresu wykonywania przez niego zawodu lekarza po ukończeniu studiów (na zasadach przewidzianych w art. 103d ust. 1 pkt 1 projektu ustawy) oraz liczby semestrów sfinansowanych z kredytu na studia medyczne. Możliwość ta zostanie szczegółowo przedstawiona w projekcie rozporządzenia do ustawy. Pierwsze decyzje w zakresie umorzenia kredytów na studia medyczne będą wydawane przez Ministra Zdrowia w 2027 r., w stosunku do osób, których szósty rok studiów (tj. w roku akademickim 2021/2022) objęty zostanie umową kredytową oraz spełnią przesłanki wynikające z rozporządzenia. W czasie odbywania studiów objętych kredytem na studia medyczne odsetki należne instytucjom udzielającym kredytom na studia medyczne, będą pokrywane przez Fundusz Kredytowania Studiów Medycznych (Fundusz utworzony przez Bank Gospodarstwa Krajowego). Z ustawy wynika, że przychodami Funduszu będą dotacje celowe z budżetu państwa określane corocznie w ustawie budżetowej w części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, wpływy z inwestycji środków Funduszu w papiery wartościowe emitowane przez Skarb Państwa oraz inne zwiększenia. Z Funduszu pokrywane będą: odsetki, umorzenie kredytu, koszt obsługi zadania przez Bank Gospodarstwa Krajowego. W ustawie przewidziano, że kredyt na studia medyczne będzie mógł być umorzony wszystkim kredytobiorcom, którzy spełnią warunki określone w ustawie oraz w rozporządzeniu. Decyzje umarzające kredyt na studia medyczne będzie wydawał Minister Zdrowia, a także w ograniczonym zakresie banki. Umorzenie będzie obejmować całość kapitału oraz pozostałe do spłaty odsetki należne instytucjom udzielającym kredytom na studia medyczne. Z ustawy wynika, że do ustalenia maksymalnej wysokości kredytu na studia medyczne za cały okres studiów w przeliczeniu na 1 semestr nauki, zobowiązany będzie minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw szkolnictwa wyższego i nauki, po przekazaniu informacji dotyczącej kosztów kształcenia na tych studiach przez rektorów uczelni; ww. informacja będzie ogłaszana w BIP na stronie podmiotowej ministra właściwego do spraw zdrowia. Nie przewiduje się natomiast wprowadzania ograniczeń ustawowych w zakresie ustalania wysokości opłat na studia odpłatne w języku polskim, a tym samym ingerowania w autonomię uczelni w tym zakresie.  W wyniku interwencji legislacyjnej należy oczekiwać następujących efektów:  1) ograniczenia zjawiska emigracji absolwentów polskich uczelni będących lekarzami;  2) wzrostu liczby lekarzy specjalistów, w szczególności w dziedzinach medycyny uznanych za priorytetowe;  3) wparcia budżetów domowych w związku z brakiem obowiązku ponoszenia kosztów za kształcenie na studiach odpłatnych w języku polskim.  Wprowadzone rozwiązanie posłuży przede wszystkim samym pacjentom, jako głównym beneficjentom projektowanych rozwiązań.  Celem zmian w art. 93 ustawy jest zróżnicowanie okresu przysługiwania świadczeń dla studentów w zależności od czasu trwania studiów, a także doprecyzowanie sposobu ustalania tego okresu. Obecnie okres przysługiwania świadczeń wynosi 6 lat, niezależnie od okresu trwania studiów. Proponuje się wprowadzenie regulacji przewidującej przysługiwanie świadczeń maksymalnie przez łączny okres do 12 semestrów, w tym w przypadku studiów pierwszego stopnia – do 9 semestrów, zaś w przypadku studiów drugiego stopnia – do 7 semestrów. W przypadku jednolitych studiów magisterskich, które zgodnie z przepisami prawa trwają 11 albo 12 semestrów, proponuje się wydłużenie okresu przysługiwania świadczeń o 2 semestry. Zmiana ta korzystnie wpłynie przede wszystkim na wsparcie kształcenia na kierunkach medycznych trwających zazwyczaj 6 lat. Przepis w zaproponowanym brzmieniu zapewni studentom tych kierunków, analogicznie jak w przypadku studentów kształcących się na studiach trwających do 5 lat, możliwość pobierania stypendiów i zapomóg do czasu ukończenia studiów, także w przypadku wydłużenia okresu ich trwania o rok, np. w związku ze skorzystaniem z prawa do urlopu od zajęć. Ponadto – w celu usunięcia wątpliwości interpretacyjnych i ujednolicenia sposobu ustalania przez uczelnie prawa studentów do świadczeń – proponuje się doprecyzowanie okresów przysługiwania świadczeń, poprzez wskazanie wprost, że do okresów przysługiwania świadczeń wliczają się wszystkie semestry studiowania, z wyjątkiem kolejnych studiów pierwszego stopnia rozpoczętych lub kontynuowanych po uzyskaniu tytułu zawodowego licencjata, inżyniera albo równorzędnego.  Celem wprowadzenia zmiany w art. 101 ustawy jest uatrakcyjnienie systemu kredytów studenckich dla kredytodawców, przez co nastąpi zwiększenie dostępności tego produktu dla studentów i doktorantów. Rozwiązanie wprowadzające marżę dla instytucji kredytującej, nie będzie obciążało kredytobiorcy, ponieważ koszty marży w całości zostaną pokryte z Funduszu Kredytów Studenckich. Zaproponowana w art. 101 ust. 3a ustawy marża na poziomie 2 p.p. z jednej strony pozwoli na zapewnienie rentowności produktu, która dotychczas była znikoma i nie motywowała banków do działań promocyjnych i akwizycyjnych, z drugiej zaś – nie spowoduje znaczącego obciążenia dla Funduszu Kredytów Studenckich. Obowiązujące przepisy ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce nie zawierają mechanizmów ograniczających negatywne skutki ewentualnych ujemnych stóp procentowych. Wprowadzany przepis art. 101 ust. 3b ustawy ma na celu wprowadzenie do ustawy zapisów regulujących kwestię naliczania odsetek od kredytów studenckich przez instytucje w przypadku wystąpienia ujemnych stóp procentowych. | Skierowano do I czytania w komisjach | [1569.pdf (sejm.gov.pl)](https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/A2FBF300AB405A7CC12587510056AE4E/%24File/1569.pdf) |
| 27.09.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie praktyki zawodowej w aptece | Zgodnie z przepisami wynikającymi z art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2021 r. poz. 97 i 1559), kwalifikacje do wykonywania zawodu farmaceuty posiada osoba która m.in.: rozpoczęła po roku akademickim 2018/2019 studia przygotowujące do wykonywania zawodu farmaceuty prowadzone zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 68 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478 i 619), obejmujące sześciomiesięczną praktykę zawodową w aptece, i uzyskała tytuł magistra farmacji.  Projektowane rozporządzenie realizuje upoważnienie ustawowe określając: ramowy program praktyki zawodowej w aptece, sposób jej odbywania oraz wzór dziennika praktyki zawodowej w aptece, uwzględniając w szczególności konieczność zapewnienia wiedzy i umiejętności niezbędnych do samodzielnego wykonywania zawodu farmaceuty w aptece.  Sześciomiesięczna praktyka stanowi integralną część kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu farmaceuty. Praktyka umożliwia nabycie umiejętności w zakresie:  1) organizacji pracy w aptece;  2) sporządzania, przechowywania i wydawania leków recepturowych i aptecznych oraz produktów leczniczych;  3) udzielania informacji o lekach;  4) prowadzenia opieki farmaceutycznej;  5) stosowania zasad etyki zawodowej i obowiązującego prawa.  Rekomenduje się, aby osoba, która będzie chciała wykonywać zawód farmaceuty, po złożeniu ostatniego wymaganego planem studiów egzaminu, odbyła 6-cio miesięczną praktykę zawodową. Praktyka obejmie łącznie 960 godzin dydaktycznych i realizowana będzie pod okiem opiekuna praktyki. Osobą kierującą na praktykę będzie kierownik jednostki organizacyjnej uczelni prowadzącej kształcenie na kierunku farmacja. Celem praktyki jest pogłębianie wiedzy teoretycznej i doskonalenie umiejętności praktycznych w zakresie farmacji aptecznej, zdobytych w czasie dotychczasowych studiów na kierunku farmacja, ze szczególnym uwzględnieniem: sporządzania produktów leczniczych, przechowywania i wydawania produktów leczniczych i wyrobów medycznych, opanowania w praktyce zasad opieki farmaceutycznej oraz podstaw etycznych, prawnych i organizacyjnych pracy farmaceuty w aptece. Praktyka odbywa się zgodnie z ramowym programem praktyki zawodowej w aptece. Projektowana regulacja będzie miała wpływ na studentów kierunku farmacja, którzy podczas studiów są obowiązani zrealizować 6-cio miesięczną praktykę dzięki, której zdobędą praktyczne umiejętności pozwalające na ich wykorzystanie w pracy. | Konsultacje społeczne do 13 października 2021 r. ([m.cichowska@mz.gov.pl](mailto:m.cichowska@mz.gov.pl)) | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12351201/12814901/12814902/dokument520656.pdf) |
| 27.09.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych | W związku z szybkim tempem pojawiania się na rynku nowych narkotyków, które są coraz częściej substancjami o ostrej toksyczności, mając na względzie dostępność tych substancji, m.in. za pośrednictwem różnych internetowych kanałów dystrybucji, konieczne jest wprowadzenie zmian do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2018 r. w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 406 i 518). Zmiany te uwzględniają: postanowienia Konwencji Narodów Zjednoczonych o kontroli narkotyków, w tym decyzje 63. i 64. Sesji Komisji ds. Środków Odurzających (CND) – Wiedeń, 2–6.03.2020 r. i 12–16.04.2021 r. oraz substancje zawarte w uchwałach Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych.  W projekcie rozporządzenia zostają rozszerzone: „Wykaz substancji psychotropowych z podziałem na grupy, o których mowa w art. 32 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii”, zawarty w załączniku nr 1, w części „2. Substancje psychotropowe grupy II-P” o trzy związki chemiczne: CUMYL-PEGACLONE, MDMB-4en-PINACA, DIFENIDYNA oraz w części: „4. Substancje psychotropowe grupy IV-P” o trzy związki chemiczne: KLONAZOLAM, FLUBROMAZOLAM, DIKLAZEPAM; „Wykaz środków odurzających z podziałem na grupy, o których mowa w art. 31 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, oraz ze wskazaniem środków odurzających grupy IV-N dopuszczonych do stosowania w lecznictwie zwierząt zgodnie z art. 33 ust. 2 tej ustawy”, zawarty w załączniku nr 2, w części „1. Środki odurzające grupy I-N” o jeden związek chemiczny: IZOTONITAZEN; „Wykaz nowych substancji psychoaktywnych”, zawarty w załączniku nr 3 do rozporządzenia, poprzez dodanie dwóch pojedynczych związków chemicznych: 3-HO-PCP, 1cP-LSD.  Substancje te wykazują działanie na ośrodkowy układ nerwowy, mogą stanowić potencjalne zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi oraz powodować szkody społeczne, a zważywszy na brak powszechnej świadomości co do zagrożeń związanych  z nowymi substancjami psychoaktywnymi, nieodzowne jest bezzwłoczne ograniczenie ich dostępności. Substancje te zostały zidentyfikowane nie tylko na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, ale również występują na obszarze innych państw Unii Europejskiej. Zagrożenia związane z nowymi substancjami psychoaktywnymi dotyczą grup szczególnie wrażliwych, zwłaszcza ludzi młodych. Brak wprowadzenia zakazu stosowania danej substancji może wywołać, błędne wrażenie o jej nieszkodliwości. Nieuprawnione posiadanie nowych substancji psychoaktywnych objęte jest odpowiedzialnością karną. Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej przy współpracy z Prezesem Biura do spraw Substancji Chemicznych są zobowiązane do sprawowania nadzoru nad legalnym zastosowaniem nowych substancji psychoaktywnych.  Oczekiwanym efektem stosowania niniejszego aktu będzie dalsze ograniczenie zagrożeń zdrowia publicznego, wyrażające się zmniejszeniem liczby przypadków zatruć nowymi narkotykami. Występowanie i rozpowszechnienie coraz to nowszych chemicznych wariantów substancji psychoaktywnych stanowi zagrożenie dla zdrowia lub życia ludzi. Aby zwiększyć efektywność oddziaływania, rekomendowanym rozwiązaniem jest włączenie kolejnych substancji do wykazów narkotyków. W projekcie tym, na podstawie uchwał Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych  z używaniem nowych substancji psychoaktywnych, rozszerzono wykaz nowych substancji psychoaktywnych o kolejne dwa związki chemiczne. Projektowane rozporządzenie przyspiesza (na wzór innych krajów europejskich) umieszczanie substancji w wykazach. Z uwagi na aktualnie utrzymującą się dynamikę rynku nowych narkotyków, które stanowią jedno z największych wyzwań dla zdrowia i bezpieczeństwa publicznego, ograniczanie dostępności do tych substancji w rezultacie objęcia ich prawem karnym, umożliwia skuteczniejszą oraz szybszą ochronę społeczeństwa przed niebezpiecznymi substancjami. | Konsultacje społeczne do 19 września 2021 r. ([sekretariat.pr@gis.gov.pl](mailto:sekretariat.pr@gis.gov.pl)) | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12351102/12814258/12814259/dokument520247.pdf) |
| 27.09.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie grzybów dopuszczonych do obrotu lub produkcji przetworów grzybowych, środków spożywczych zawierających grzyby oraz uprawnień klasyfikatora grzybów i grzyboznawcy | Celem projektowanego rozporządzenia jest rozszerzenie wykazu grzybów dopuszczonych do obrotu lub produkcji przetworów grzybowych oraz środków spożywczych zawierających grzyby, co umożliwi polskim przedsiębiorcom produkcję i wprowadzanie do obrotu nowych gatunków grzybów oraz zawierających je przetworów grzybowych i środków spożywczych. Do produkcji będzie można użyć gatunki grzybów wymienione w pkt 1–4, 6, 31, 41, 45–47 i 58 projektowanego załącznika nr 1 do rozporządzenia. Zmiana ta jest wprowadzana na, skierowany do Głównego Inspektoratu Sanitarnego, wniosek Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, poparty przez przedstawicieli nauki oraz przedsiębiorców. Ponadto projekt rozporządzenia dla gatunków grzybów wymienionych w pkt 4, 16 i 17, 40, 46 i 47, 54 oraz 57 projektowanego załącznika nr 1 do rozporządzenia określa, że mogą one pochodzić wyłącznie z uprawy. Dodatkowo w odniesieniu do gatunków grzybów wymienionych w pkt 39, 42, 54 i 56 projektowanego załącznika nr 1 do rozporządzenia dokonano aktualizacji nazwy. W konsekwencji zmian wprowadzanych w załączniku nr 1 do rozporządzenia zmienia się załącznik nr 2 „Wykaz i rodzaje przetworów grzybowych dopuszczonych do obrotu” w zakresie wskazania gatunków grzybów, które mogą być dopuszczone do produkcji wskazanych przetworów grzybowych oraz środków spożywczych zawierających grzyby.  Projekt rozporządzenia umożliwia produkcję i wprowadzanie do obrotu nowych gatunków grzybów oraz zawierających je przetworów grzybowych i środków spożywczych. Po wejściu w życie projektowanego rozporządzenia przedsiębiorcy branży spożywczej będą mogli produkować i wprowadzać do obrotu nowe gatunki grzybów, co poszerzy asortyment grzybów i przetworów grzybowych, które będę mogły być produkowane i wprowadzane do obrotu w Rzeczypospolitej Polskiej. Przyczyni się to do rozwoju branży grzybiarskiej oraz zwiększy konkurencyjność polskich przedsiębiorstw zarówno na rynku europejskim, jak i światowym. W związku z tym, że regulacja objęta projektem rozporządzenia odnosić się będzie przede wszystkim do handlu krajowego, przyjęcie proponowanego zakresu jest uzasadnione i zgodne z wielowiekową polską tradycją zbierania i spożywania grzybów, przetworów grzybowych i środków spożywczych zawierających grzyby. | Konsultacje społeczne do 3 września 2021 r. ([sekretariat.pr@gis.gov.pl](mailto:sekretariat.pr@gis.gov.pl)) | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12345505/12778817/12778818/dokument498174.pdf) |
| 27.09.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie skierowań wystawianych w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej | Projekt rozporządzenia ma na celu określenie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej, dla których skierowania będą wystawiane w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej, zwanym dalej „SIM”, o którym mowa w art. 5 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 666 i 1292).  Zgodnie z projektowaną zmianą wykaz skierowań wystawianych w postaci elektronicznej rozszerzony zostanie o :  1) skierowania na rehabilitację leczniczą u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 59 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz  2) skierowania na świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. | Konsultacja społeczne do 15 września 2021 r. ([dep-di@mz.gov.pl](mailto:dep-di@mz.gov.pl)) | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12350900/12813008/12813009/dokument519444.pdf) |
| 27.09.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego wzoru zamówienia indywidualnego na produkty krwiopochodne, rekombinowane koncentraty czynników krzepnięcia oraz desmopresynę | Problemem wymagającym rozwiązania jest brak możliwości, na podstawie obecnie obowiązującego rozporządzenia, zamawiania, a tym samym finansowania nowego rodzaju koncentratu czynnika krzepnięcia – koncentratu wieprzowego rekombinowanego czynnika VIII. Wzór zamówienia indywidualnego na produkty krwiopochodne, rekombinowane koncentraty czynników krzepnięcia oraz desmopresynę, stanowiący załącznik do rozporządzenia, zawiera zamknięty katalog produktów leczniczych, możliwych do zamówienia i zawiera tylko te produkty, które są finansowane w ramach programu polityki zdrowotnej. Nie ma więc możliwości zamówienia leku, który nie jest wskazany we wzorze zamówienia.  Rekomendowanym rozwiązaniem jest wydanie nowego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego wzoru zamówienia indywidualnego na produkty krwiopochodne, rekombinowane koncentraty czynników krzepnięcia oraz desmopresynę, do którego w załączniku dodano nowy rodzaj koncentratu czynnika krzepnięcia tj. wieprzowy, rekombinowany koncentrat czynnika VIII. | Skierowanie aktu do ogłoszenia 27 sierpnia 2021 r. | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12348801/12801345/12801346/dokument511725.pdf) |
| 25.08.2021 | Zarządzenie Ministra Zdrowia | Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 sierpnia 2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie nadania statutu Krajowemu Ośrodkowi Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie | Zmiana nadania statutu | Wejście w życie 26 sierpnia 2021 r. | [Zarządzenie z dnia 24 sierpnia 2021 r. (mz.gov.pl)](http://www.dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/67/akt.pdf) |
| 24.08.2021 | Zarządzenie Ministra Zdrowia | Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 sierpnia 2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie powołania Rady Społecznej Ośrodka Diagnostyczno-Badawczego Chorób Przenoszonych Drogą Płciową w Białymstoku | Zmiana członków Rady Społecznej.  Pani Dorota Rodziewicz jest przedstawicielem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. | Wejście w życie 24 sierpnia 2021 r. | [Zarządzenie z dnia 23 sierpnia 2021 r. (mz.gov.pl)](http://www.dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/66/akt.pdf) |
| 23.08.2021 | Obwieszczenie Ministra Zdrowia | OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 20 sierpnia 2021 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych | Ustala się na dzień 1 września 2021 r. wykaz refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. | Wejście w życie 20 sierpnia 2021 r. | [Obwieszczenie (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/65/akt.pdf) |
| 23.08.2021 | Obwieszczenie Ministra Zdrowia | OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 20 sierpnia 2021 r. w sprawie wykazu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, dla których ustalono urzędową cenę zbytu | Ustala się na dzień 1 września 2021 r. wykaz leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego. | Wejście w życie 20 sierpnia 2021 r. | [Obwieszczenie (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/64/akt.pdf) |
| 23.08.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 145/2021/GPF PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 20.08.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie powołania zespołu do spraw organizacji szczepień populacji przeciwko COVID-19 | Zmiany składu osobowego zespołu do spraw organizacji szczepień populacji przeciwko COVID-19 | Wejście w życie z dniem 23 sierpnia 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1452021gpf,7406.html) |
| 19.08.2021 | Ustawa | Projekt stawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej | Projekt ustawy ma na celu zminimalizowanie przypadków konieczności likwidowania szpitali i innych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w sytuacji, gdy wykazują one straty netto wynikające z nakładania przez ustawodawcę nowych obowiązków, bez zapewnienia na ich realizację wystarczających środków. Zgodnie z projektowanymi przepisami strata netto tych placówek, gdy ich funkcjonowanie jest konieczne dla ludności, będzie pokrywana z budżetu państwa, a nie jak dotychczas z budżetu jednostek samorządu terytorialnego. | Posiedzenie Senatu 9 września 2021 r. (druk 458) | [458.pdf](file:///C:\Users\m.tomczuk\Downloads\458.pdf) |
| 19.08.2021 | Zarządzenie Ministra Zdrowia | Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2021 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania zmian organizacyjnych w zakresie współpracy Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Centrum e-Zdrowia w procesach informatyzacji ochrony zdrowia | Powołanie Zespołu w celu:  1) określenia zmian organizacyjnych w zakresie współpracy Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „NFZ”, oraz Centrum e-Zdrowia, zwanego dalej „CEZ”, w procesach informatyzacji ochrony zdrowia polegających na:  a) wyznaczeniu zakresu prac prowadzonych przez NFZ oraz CEZ, w zakresie informatyzacji ochrony zdrowia,  b) opracowywaniu działań, zapewniających poprawę koordynacji i efektywności współpracy NFZ oraz CEZ obejmujących w szczególności:  - opracowanie mechanizmów współpracy NFZ oraz CEZ,  - wypracowanie docelowej struktury NFZ oraz CEZ, realizującej zadania z zakresu informatyzacji ochrony zdrowia;  2) wypracowaniu rozwiązań legislacyjnych | Wejście w życie 19 sierpnia 2021 r., traci moc 1 lipca 2022 r. | [Zarządzenie z dnia 18 sierpnia 2021 r. (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/63/akt.pdf) |
| 19.08.2021 | Ustawa | Ustawa o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych | Projekt dotyczy przedłużenia kadencji organów statutowych związków zawodowych, związku lub organizacji przedsiębiorców oraz społecznych inspektorów pracy w okresie obowiązywania stanu obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii ogłoszonego z powodu COVID-19 lub do 30 dni po odwołaniu danego stanu, do czasu wyboru organu statutowego związku zawodowego, związku lub organizacji przedsiębiorców oraz społecznych inspektorów pracy na nową kadencję, jednak nie dłużej niż do 90 dni od dnia odwołania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii | Podpisano przez Prezydenta, wejście w życie dzień po ogłoszeniu  Wejście w życie 19 sierpnia 2021 | [Ustawa z dnia 24 czerwca 2021 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000151001.pdf) |
| 19.08.2021 | Ustawa | Projekt ustawy o zmianie ustawy o produktach biobójczych | Projektowana ustawa dokonująca zmiany ustawy z dnia 9 października 2015 r. o produktach biobójczych (Dz. U. z 2018 r. poz. 122, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”, ma na celu realizację wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 23 listopada 2016 r. w sprawie C-442/14 Bayer CropScience SA-NV, Stichting De Bijenstichting przeciwko College voor de toelating van gewasbeschermingsmiddelen en biociden (dostęp do informacji o środowisku - informacje dotyczące emisji do środowiska środków ochrony roślin i produktów biobójczych - ochrona informacji handlowych).  Ponadto przedmiotowy projekt doprecyzowuje obowiązujące przepisy ww. ustawy służące właściwemu stosowaniu rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 528/2012 z dnia 22 maja 2012 r. w sprawie udostępniania na rynku i stosowania produktów biobójczych (Dz. Urz. UE L 167 z 27.06.2012, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem 528/2012”, usuwając dostrzeżone w toku jej dotychczasowego stosowania nieścisłości oraz wątpliwości interpretacyjne. Konieczność doprecyzowania ustawy zidentyfikowano w następujących obszarach: informacja o produktach biobójczych zawarta w Wykazie Produktów Biobójczych, przebieg procedur oceny substancji czynnych, przebieg procedur rejestracyjnych produktów biobójczych wraz z wymaganiami dokumentacji, zakres danych objętych pozwoleniem na obrót, pakowanie produktów biobójczych, system kontroli zatruć produktami biobójczymi, przepisy karne. Dotychczasowe doświadczenie w stosowaniu przepisów ustawy wykazało także konieczność zmian w obszarze opłat za czynności Prezesa Urzędu podejmowane w zakresie dotyczącym wykonywania przepisów rozporządzenia 528/2012. Dodatkowo, bezprecedensowe doświadczenie pandemii COVID-19 pokazało, że zapewnienie dostępności produktów biobójczych do dezynfekcji wymaga zastosowania ekstraordynaryjnej ścieżki prawnej, dotychczas nie wykorzystywanej w praktyce organów regulacyjnych Unii Europejskiej.  W czasie kryzysu związanego z COVID-19 należało znaleźć rozwiązania doraźne, aby ograniczyć ryzyko niedoboru tych produktów. Funkcjonowanie tych mechanizmów w stanie zagrożenia pozwoliło na określenie kolejnych obszarów dotyczących wymagań dokumentacji, które należałoby zawrzeć w projektowanych przepisach ustawy zmieniającej. | Planowany termin przyjęcia projektu przez Radę Ministrów – III kwartał 2021 r.  Konsultacje społeczne do 16 września 2021 r. ([dp@urpl.gov.pl](mailto:dp@urpl.gov.pl)) | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/2/12350254/12810530/12810531/dokument517580.pdf) |
| 18.08.2021 | Zarządzenie Ministra Zdrowia | Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2021 r. uchylające zarządzenie w sprawie powołania Zespołu do Spraw Fałszowania i Nielegalnego Obrotu Produktami Leczniczymi oraz Innymi Sfałszowanymi Produktami Spełniającymi Kryteria Produktu Leczniczego | Traci moc zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 września 2010 r. w sprawie powołania Zespołu do  Spraw Fałszowania i Nielegalnego Obrotu Produktami Leczniczymi oraz Innymi Sfałszowanymi Produktami  Spełniającymi Kryteria Produktu Leczniczego (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 67). | Wejście w życie 18 sierpnia 2021 r. | [dziennikmz.mz.gov.pl/DUM\_MZ/2021/62/akt.pdf](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/62/akt.pdf) |
| 18.08.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie pilotażu przeglądów lekowych | Projektodawca proponuje zweryfikowanie adekwatności i efektywności przeglądów lekowych jako elementu opieki farmaceutycznej w celu zweryfikowania potencjału tych przeglądów dla m.in. identyfikowania i ograniczania zjawiska wielolekowości w polskiej populacji.  W ocenie projektodawcy najbardziej adekwatną formułą takiej weryfikacji jest pilotaż. Pilotaże są inicjatywami ze swej istoty dedykowanymi testowaniu określonych rozwiązań w pomniejszonej, a przy tym dostatecznie reprezentatywnej skali dla urealnienia obserwacji określonych trendów, w ściśle określonych ramach czasowych, rozwiązań często o charakterze nowatorskim.  Ponieważ pilotaże są realizowane w praktyce na podstawie przepisów rozporządzeń, gdyż wynika to z treści art. 48e ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jedyną formą planowanej interwencji może być interwencja legislacyjna. | Konsultacje społeczne do 30 sierpnia 2021 r. ([dep-zp@mz.gov.pl](mailto:dep-zp@mz.gov.pl)) | [Projekt (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/projekt/12350200/katalog/12810152#12810152) |
| 17.08.2021 | Zarządzenie Ministra Zdrowia | ZARZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 16 sierpnia 2021 r. uchylające zarządzenie w sprawie ustanowienia Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw reformy w psychiatrii | Traci moc zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2019 r. w sprawie ustanowienia Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw reformy w psychiatrii (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 58). | Wejście w życie 17 sierpnia 2021 r. | [Zarządzenie z dnia 16 sierpnia 2021 r. (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/61/akt.pdf) |
| 16.08.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej | Obecnie obowiązujące przepisy umożliwiają wypłacanie zaliczek do końca czerwca 2021 r. Aby Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „NFZ”, mógł wypłacać zaliczki w miesiącach lipiec – wrzesień 2021 r. a świadczeniodawcy mogli zrealizować niewykonane świadczenia zakontraktowane na 2020 r. za które pobrali zaliczki, istnieje konieczność nowelizacji przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1548, z późn. zm.).  Proponuje się przedłużenie możliwości wypłaty świadczeniodawcom zaliczek 1/12 kwoty zobowiązania określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w III kwartale 2021 r. | Wchodzi w życie 1 września 2021 r., z wyjątkiem § 1 pkt 1, który wchodzi w życie  z dniem następującym po dniu ogłoszenia, z mocą od dnia 1 lipca 2021 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000147601.pdf) |
| 16.08.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie rezerwy szczepionek oraz innych immunologicznych produktów leczniczych, stosowanych w razie wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub epidemii | Projektowane przepisy rozszerzają katalog szczepionek stanowiących rezerwę na wypadek stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii o szczepionkę przeciw grypie sezonowej, co jest podyktowane obecną sytuacją epidemiczną.  W związku z powyższym konieczne jest także ustalenie dystrybutora centralnego szczepionki przeciwko grypie sezonowej, którym obecnie na podstawie przepisów ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1842, z późn. zm.) ustanowiona została Rządowa Agencja Rezerw Strategicznych. | Konsultacje społeczne do 20 sierpnia 2021 r. [dep-zp@mz.gov.pl](mailto:dep-zp@mz.gov.pl)) | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12350102/12809954/12809955/dokument517145.pdf) |
| 13.08.2021 | Zarządzenie Ministra Zdrowia | ZARZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 12 sierpnia 2021 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania propozycji nowych rozwiązań organizacyjnych w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne | Zespół powołany został w celu opracowania propozycji nowych rozwiązań organizacyjnych w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne, w tym propozycji zmian do ustawy z dnia 6 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882, z późn. zm.).  W skład zespołu zostali powołani m.in. Pani Anna Małecka-Dubiela, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego oraz Pan Marek Maślanka Prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Ratunkwego. | Wejście w życie 13 sierpnia 2021 r., traci moc 1 grudnia 2021 r. | [Zarządzenie (mz.gov.pl)](http://www.dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/59/akt.pdf) |
| 13.08.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 10 sierpnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania | Rozporządzenia wprowadza zmiany w § 68b, dotyczącym Karty Szczepień. Przedmiotowe zmiany uwzględniają treść ustawy z dnia 15 kwietnia 2021 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw i skutkują:  1) skreśleniem wyrazów „lekarskiego” (§ 68b ust. 1 pkt 2 i ust. 4), w związku z faktem, iż kwalifikacji do szczepień mogą obecnie dokonywać nie tylko lekarze, ale również osoby posiadające kwalifikacje określone w przepisach wydanych na podstawie art. 21c ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;  2) uwzględnieniem możliwość przeprowadzania w aptekach ogólnodostępnych szczepień ochronnych (§ 68b ust. 1 pkt 5).  Natomiast karta segregacji medycznej stanowić będzie załącznik do historii choroby zarówno dla pacjentów, którym świadczeń udzielono wyłącznie w szpitalnym oddziale ratunkowym (dalej: „SOR”), jak i takich, którzy po wstępnym zaopatrzeniu w SOR, zostali przeniesieni na inny oddział tego samego szpitala. W karcie segregacji medycznej oprócz podstawowych danych dotyczących podmiotu leczniczego, pacjenta oraz osoby dokonującej segregacji medycznej, znajdą się również informacje o parametrach krytycznych oraz informacje o zakwalifikowaniu danej osoby do kategorii pilności, biorąc pod uwagę jej stan zdrowia. | Skierowanie aktu do ogłoszenia  Wejście w życie dzień po ogłoszeniu  Wejście w życie 13 sierpnia 2021 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000146801.pdf) |
| 13.08.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 143/2021/DEF PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 12.08.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie realizacji drugiego naboru do projektu grantowego „Zapewnienie bezpieczeństwa i opieki pacjentom oraz bezpieczeństwa personelowi zakładów opiekuńczo-leczniczych, domów pomocy społecznej, zakładów pielęgnacyjno- opiekuńczych i hospicjów na czas COVID-19” | Niniejsze zarządzenie wprowadza zmiany w zarządzeniu Nr 85/2021/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie realizacji drugiego naboru do projektu grantowego „Zapewnienie bezpieczeństwa i opieki pacjentom oraz bezpieczeństwa personelowi zakładów opiekuńczo-leczniczych, domów pomocy społecznej, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i hospicjów na czas COVID-19” (ze zm.).  Zmiana ma na celu przedłużenie, do 16 września 2021 r., terminu składania przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich wniosków sprawozdawczych określonych  w załącznikach nr 8 i 9 do zarzadzenia.  Jest to działanie podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 12 sierpnia 2021 r. | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1432021def,7405.html) |
| 12.08.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 142/2021/DEF PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 11.08.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków udzielania i rozliczania dofinansowania informatyzacji świadczeniodawców – integracja TOPSOR z HIS | Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wprowadza zmiany w zarządzeniu Nr 151/2020/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2020 r. w sprawie warunków udzielania i rozliczania dofinansowania informatyzacji świadczeniodawców – integracja TOPSOR z HIS (z późn. zm.).  Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom świadczeniodawców wydłużono termin nabycia i sfinansowania przez uprawnionego świadczeniodawcę usług integracji TOPSOR-HIS do dnia 31 sierpnia 2021 r.  Określenie przez NFZ warunków udzielania i rozliczania dofinansowania informatyzacji świadczeniodawców – integracja TOPSOR z HIS jest działaniem podjętym w ramach realizacji celu nr 4 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 pn. Wspieranie świadczeniodawców w budowie mikroekonomicznej efektywności. | Wejście w życie 12 sierpnia 2021 r. | <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1422021def,7404.html> |
| 12.08.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2021 r. w sprawie trybu, sposobu i warunków wykonywania zadań przez Państwową Inspekcję Sanitarną na terenie urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz jednostek organizacyjnych podległych temu ministrowi i przez niego nadzorowanych, na terenie podmiotów leczniczych tworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, w stosunku do pracowników tych jednostek oraz funkcjonariuszy Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej i Służby Ochrony Państwa | W związku z likwidacją z dniem 1 lipca 2020 r. Państwowej Inspekcji Sanitarnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, która dotychczas wykonywała zadania Państwowej Inspekcji Sanitarnej na terenie urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz jednostek organizacyjnych podległych temu ministrowi i przez niego nadzorowanych, na terenie podmiotów leczniczych tworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, w stosunku do pracowników tych jednostek oraz funkcjonariuszy Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej i Służby Ochrony Państwa, zadania te zostają przejęte przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej (PIS). Powoduje to konieczność określenia trybu, sposobu i warunków wykonywania zadań przez Państwową Inspekcję Sanitarną w stosunku do wskazanych wyżej obiektów i osób. | Wejście w życie 12 sierpnia 2021 r. | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000145801.pdf> |
| 11.08.2021 | Ustawa | Projekt ustawy o wsparciu osób szczególnie zaangażowanych w przeciwdziałanie COVID-19. (druk 927) | Projekt dotyczy zinstytucjonalizowania działań państwa, samorządu terytorialnego oraz przedsiębiorców w celu wsparcia tych osób , które były szczególnie zaangażowane w zwalczanie zakażenia, zapobieganie rozprzestrzenianiu się, profilaktyką oraz przeciwdziałanie skutkom COVID-19 | Posiedzenie Sejmu w dniu 11 sierpnia 2021 r. – wniosek o uzupełnienie porządku obrad w sprawie pierwszego czytania projektu | <https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/1F3E2EAB9E74FD2DC125867900420CBA/%24File/927.pdf> |
| 11.08.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2021 r. w sprawie wzoru karty zgonu | Określenie wzoru karty zgonu | Wchodzi w życie 5 października 2021 r., traci moc 1 stycznia 2023 r. | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000144801.pdf> |
| 10.08.2021 | Ustawa | Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw | Rozszerzenia zakresu osób uprawnionych do bezpłatnego zaopatrzenia w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne o świadczeniobiorców, którzy ukończyli 70. rok życia, jednakże legitymują się wiekiem niższym niż 75. rok życia. Zgodnie z art. 43a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.  o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.), określanej dalej jako „ustawa o świadczeniach”, adresatami tego prawa są wyłącznie świadczeniobiorcy, którzy ukończyli 75. rok życia. Mając na uwadze dyspozycję art. 68 ust. 3 Konstytucji, który zobowiązuje władze publiczne do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej osobom w podeszłym wieku, a także zdrowotne i ekonomiczne skutki COVID-19, szczególnie dolegliwe dla tej grupy społecznej – zasadne jest objęcie przedmiotowym uprawnieniem wskazanej grupy świadczeniobiorców | Posiedzenie Senatu 4 sierpnia 2021 r.  Projekt wpłynął do Sejmu | <https://www.senat.gov.pl/prace/druki/record,11468.html> |
| 10.08.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 29 lipca 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego | Do wykazu świadczeń gwarantowanych dodaje się świadczenia związane z COVID-19:  - COVID-19 (wirus zidentyfikowany)  - COVID-19 (wirus niezidentyfikowany)  - Historia przebiegu COVID-19 u pacjenta  - Historia przebiegu COVID-19 u pacjenta, nieokreślona  - Zdrowie pacjenta po zakończeniu COVID-19  - Zdrowie pacjenta po przejściu COVID-19, nieokreślony  - Wieloukładowy zespół zapalny powiązany z COVID-19  - Wieloukładowy zespół zapalny powiązany z COVID-19, nieokreślony | Wejście w życie 23 sierpnia 2021 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000142901.pdf) |
| 09.08.2021 | Zarządzenie Ministra Zdrowia | ZARZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 6 sierpnia 2021 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw utworzenia Centrum Digitalizacji Dokumentacji Medycznej w Chełmie | Powołanie zespołu w celu przygotowania koncepcji utworzenia Centrum Digitalizacji Dokumentacji Medycznej w Chełmie, zwanego  dalej „Centrum”, w szczególności przez określenie:  a) organizacji i funkcjonowania Centrum,  b) warunków lokalowych oraz wyposażenia Centrum;  2) określenie zadań powierzonych Centrum w zakresie digitalizacji dokumentacji medycznej;  3) koordynowanie i monitorowanie prac realizowanych w związku z utworzeniem Centrum;  4) wypracowanie rozwiązań legislacyjnych mających na celu wypełnienie zadań określonych w punktach 1-3. | Wejście w życie 7 sierpnia 2021 r., traci moc z dniem 1 lipca 2022 r. | <http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/58/akt.pdf> |
| 09.08.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie metody zapobiegania grypie sezonowej w sezonie 2021/2022 | W czasie stanu epidemii COVID-19 konieczne jest wdrożenie działań profilaktycznych przeciw grypie, względem osób, które z racji wykonywanego zawodu mają częste kontakty społeczne, lub w związku z wiekiem są narażone na ciężki przebieg choroby. Szczepionka jest produktem leczniczym, który jest dedykowany uodpornieniu szczepionej populacji przed zachorowaniem w sezonie grypowym. Wraz z wprowadzeniem metody zapobiegania grypie sezonowej, zabezpieczana jest rezerwa szczepionki przeciw grypie do wykorzystania w szczepieniach. Rozwiązanie zapewniające zachowanie jednolitego i spójnego schematu dystrybucji szczepionek przeciw grypie sezonowej w sezonie grypowym 2021/2022.  Projekt rozporządzenia zakłada objęcie szczepieniami bezpłatnymi, stanowiącymi metodę zapobiegania grypie sezonowej:  - osoby zatrudnione w podmiocie wykonującym działalność leczniczą,  - farmaceutów i techników farmaceutycznych,  - osoby uprawnione do wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej w laboratorium,  - nauczycieli akademickich oraz doktorantów i studentów tych uczelni biorący udział, zgodnie z programem studiów, w zajęciach z udziałem pacjentów lub w trakcie których następuje kontakt z biologicznym materiałem zakaźnym,  - osoby zatrudnione w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej w rozumieniu art. 6 pkt 5 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub w placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, o której mowa w art. 67 i art. 69 tej ustawy,  - pacjentów zakładu opiekuńczo-leczniczego, zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego, hospicjum stacjonarnego lub domowego i oddziału medycyny paliatywnej oraz osoby przebywające w domu pomocy społecznej, lub w placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, o której mowa w art. 67 i art. 69 tej ustawy,  - nauczycieli, wychowawców i innych pracowników pedagogicznych zatrudnionych w przedszkolu, innej formie wychowania przedszkolnego, szkole lub placówce działającej w systemie oświaty, przedszkolu lub szkole funkcjonującej w systemie oświaty innego państwa znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, Centralnej Komisji Egzaminacyjnej i okręgowych komisjach egzaminacyjnych, osoby pracujące z dziećmi w placówce wsparcia dziennego, placówce opiekuńczo-wychowawczej, regionalnej placówce opiekuńczo-terapeutycznej, interwencyjnym ośrodku preadopcyjnym, w ramach form opieki nad dziećmi w wieku do lat 3,  - nauczycieli akademickich zatrudnionych w uczelni innej niż określona w pkt 6 oraz inne osoby prowadzące w uczelni zajęcia ze studentami lub doktorantami zgodnie z programem odpowiednio studiów albo kształcenia,  - osoby prowadzące zajęcia na uczelniach kościelnych oraz w wyższych seminariach duchownych,  - funkcjonariuszy albo żołnierzy: Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, Policji, Straży Granicznej, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Służby Wywiadu Wojskowego, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Celno-Skarbowej, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Ochrony Państwa, Służby Więziennej, Inspekcji Transportu Drogowego, straży ochrony kolei, strażnicy straży gminnej (miejskiej), oraz członkowie ochotniczych straży pożarnych, ratownicy górscy i wodni wykonujący działania ratownicze,  - osoby urodzone nie później niż w 1946 r.    Samo przeprowadzenie szczepienia polega na podaniu szczepionki w formie zastrzyku domięśniowego i jest standardowym zabiegiem wykonywanym przez osoby uprawnione.  Projekt rozporządzenia zakłada określenie metody zapobiegania grypie sezonowej, która będzie pozytywnie oddziaływać na osoby szczególnie narażone na zachorowanie na grypę. Wdrożenie szczepień i osiągnięcie wysokiego odsetka osób zaszczepionych, zwłaszcza w przypadku personelu podmiotów leczniczych, laboratoriów i aptek, zwiększy zakres ochrony indywidualnej pracowników podmiotów leczniczych w sezonie grypowym 2021/2022, co wiąże się z ograniczaniem zakażeń zarówno wśród personelu jak i w kontaktach z pacjentami. Działanie prewencyjne jest nakierowane na ograniczenie absencji pracowników oraz ograniczenie wzrostu zachorowań i powikłań grypowych wśród osób w podeszłym wieku. Celem projektu jest zapewnienie dostępności do szczepionki dla osób uprawnionych na wypadek ograniczenia w dostępie do produktów leczniczych. Bazując na danych pochodzących z NFZ oraz rejestru wydań szczepionek z rezerwy w sezonie 2020/2021 zaszczepiono 40% osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych i aptekach. Zaszczepiona populacja osób po 75. roku życia (wg roku urodzenia) stanowiła w ubiegłym sezonie 6-10% osób uprawnionych do szczepienia. | Konsultacje społeczne do 12 sierpnia 2021 r. ([dep-zp@mz.gov.pl](mailto:dep-zp@mz.gov.pl)) | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12349853/12808531/12808532/dokument516319.pdf) |
| 06.08.2021 | Obwieszczenie Prezesa NFZ | OBWIESZCZENIE PREZESA NARODOWEGO UNDUSZU ZDROWIA z dnia 05.08.2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne | Ogłasza się w załączniku do niniejszego zarządzenia jednolity tekst zarządzenia Nr 55/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, z uwzględnieniem zmian wprowadzonych:  1) zarządzeniem Nr 96/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 maja 2021 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne;  2) zarządzeniem Nr 118/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2021 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne;  3) zarządzeniem Nr 131/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 lipca 2021 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne. | Wejście w życie 5 sierpnia 2021 r. | <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/obwieszczenie-prezesa-nfz,7402.html> |
| 06.08.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 lipca 2021 r. w sprawie wzorów karty urodzenia i karty martwego urodzenia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzorów karty urodzenia i karty martwego urodzenia stanowi wykonanie upoważnienia zawartego art. 144 ust. 6 ustawy z dnia 28 listopada 2014 r. - Prawo o aktach stanu cywilnego, zgodnie z którym minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw informatyzacji, określi, w drodze rozporządzenia, wzór karty urodzenia oraz wzór karty martwego urodzenia, w tym sporządzanych w formie dokumentów elektronicznych, uwzględniając przejrzystość i kompletność wymaganych danych. | Wejście w życie 5 października 2021 r. | [ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 15 lipca 2021 r. w sprawie wzorów karty urodzenia i karty martwego urodzenia (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000142101.pdf) |
| 06.08.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 3 sierpnia 2021 r. w sprawie Dobrej Praktyki Laboratoryjnej i wykonywania badań zgodnie z zasadami Dobrej Praktyki Laboratoryjnej | Zmiany dotyczącą obowiązków kierownika badania (Załącznik nr 1; Rozdział 2: Organizacja jednostki badawczej i jej personel) jest dodanie przepisu odnoszącego się do kierownika badania, który gwarantuje, że także w przypadku badania przerwanego plan badania oraz dane źródłowe będą przechowywane w pomieszczeniu archiwum. Nowe brzmienie przepisu jest zgodne z obowiązkami kierownika badania określonymi w Wytycznej OECD Nr 1 – Zasady Dobrej Praktyki Laboratoryjnej (OECD Series on Principles of Good Laboratory Practice and Compliance Monitoring No 1 „OECD Principles on Good Laboratory Practice”). Wprowadzona zmiana pozwoli na uzyskanie informacji o przyczynach przerwania badania i prześledzenie jego etapów do chwili zaprzestania jego przeprowadzenia. Jest to istotne z uwagi na zachowanie przejrzystości procesu badań i ma na celu uniknięcie ewentualnego manipulowania wynikami badań.  W projekcie rozporządzenia doprecyzowano także, zgodnie z wymaganiami zawartymi w dokumencie doradczym przygotowanym przez Grupę Roboczą OECD do spraw Dobrej Praktyki Laboratoryjnej dotyczącym zarządzania materiałem badanym, kiedy powinna być przygotowana w jednostce badawczej archiwalna próbka materiału badanego. | Wejście w życie 19 sierpnia 2021 r. | [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 sierpnia 2021 r. w sprawie Dobrej Praktyki Laboratoryjnej i wykonywania badań zgodnie z zasadami Dobrej Praktyki Laboratoryjnej (dziennikustaw.gov.pl)](https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000142201.pdf) |
| 05.08.2021 | Obwieszczenie Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych | Obwieszczenie Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych z dnia 3 sierpnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia Urzędowego Wykazu Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej | Wykaz produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu na terytorium RP |  | [Obwieszczenie (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/57/akt.pdf) |
| 04.08.2021 | Ustawa | Projekt ustawy o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz niektórych innych ustaw (druk nr 1449) | Dotyczy m.in.: utworzenia Funduszu Kompensacyjnego Szczepień Ochronnych; ujednolicenia przepisów dot. zasad przeprowadzania szczepień ochronnych, dokumentacji, raportów dotyczących szczepień ochronnych; wprowadzenia zmian w zakresie: dokumentacji medycznej dot. ochrony zdrowia psychicznego, finansowania składek na Fundusz Solidarnościowy lekarzy i dentystów odbywających szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury; funkcjonowania systemów informacyjnych w ochronie zdrowia w związku z wystąpieniami epidemii | Projekt wpłynął do Sejmu 2 sierpnia 2021 r.  Skierowano do I czytania na posiedzeniu Sejmu | <https://sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/druk.xsp?nr=1449> |
| 04.08.2021 | Zarządzenie Ministra Zdrowia | ZARZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 3 sierpnia 2021 r. w sprawie powołania Zespołu do usprawnienia nocnej i świątecznej pomocy zdrowotnej | Powołanie zespołu w celu:  1) opracowania kompleksowych rozwiązań mających na celu usprawnienie organizacji udzielania nocnej  i świątecznej pomocy zdrowotnej, w szczególności:  a) podniesienie skuteczności udzielanej pomocy,  b) poprawa koordynacji i efektywności udzielanej pomocy;  2) proponowania rozwiązań legislacyjnych w zakresie usprawnienia organizacji udzielania nocnej i świątecznej pomocy zdrowotnej;  3) monitorowania i analizowania procesu wdrażania rozwiązań w zakresie usprawnienia organizacji udzielania nocnej i świątecznej pomocy zdrowotnej;  4) dokonywania korekt przyjętych rozwiązań w zakresie usprawnienia organizacji udzielania nocnej i świątecznej pomocy zdrowotnej; | Zespół zakończy swoją działalność nie później niż 30 czerwca 2022 r.  Wejście w życie 4 sierpnia 2021 r., traci moc z dniem 1 lipca 2022 r. | [Zarządzenie (mz.gov.pl)](http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/56/akt.pdf) |
| 03.08.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 138/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 02.08.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką | Zmiany w zarządzeniu polegają na wprowadzeniu nowych taryf świadczeń gwarantowanych obejmujących leczenie chorych ze śpiączka (ICD-10 R40.2) ustaloną w obwieszczeniu z dnia 31 maja 2021 r., uchylono § 13 który odnosił się do składania przez świadczeniobiorców podpisów w dokumentacji medycznej jako potwierdzenia realizacji zabiegów fizjoterapeutycznych, z uwagi, iż rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, obliguje podmiot udzielający świadczeń opieki zdrowotnej do prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej | Wejście w życie 1 września 2021 r. | <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1382021dsoz,7401.html> |
| 02.08.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 137/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 30.07.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 | Dodano nowy produkt rozliczeniowy 99.03.0805 Szczepienie przeciwko SARS-CoV-2 w objazdowym punkcie szczepień bez transportu pacjenta z uwzględnieniem dodatkowego kosztu promowania szczepienia przeciwko SARS-CoV-2 (wartość: 101,97 zł wskazana przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w piśmie z dnia 28 lipca 2021 r. znak: WT.5403.26.2021.KL.3). Produkt ten obejmuje koszty (osobowe i materiałowe) wykonania szczepienia przeciwko SARS-CoV-2 w punkcie szczepień zlokalizowanym w terenie, poza stałym miejscem udzielania świadczenia wraz z dodatkowymi kosztami związanymi z aktywnym i skutecznym promowaniem szczepienia SARS-CoV-2, w tym koszty rozmowy edukacyjnej z pacjentem nt. szczepienia. | Wejście w życie 1 sierpnia 2021 r. | <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1372021dsoz,7400.html> |
| 02.08.2021 | Ustawa | Projekt ustawy o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw | Projekt ustawy obejmuje kompleksowy przegląd przepisów dotyczących refundacji oraz wdrożenie rozwiązań umożliwiających poprawę tych przepisów, które w obecnym kształcie nie funkcjonują prawidłowo. Wiele zaproponowanych zmian wynika z potrzeby doprecyzowania przepisów, które obecnie budzą wątpliwości interpretacyjne. Projekt jest także odpowiedzią na wnioski kierowane do ministra właściwego do spraw zdrowia od przedsiębiorców obecnych na rynku farmaceutycznym, pacjentów i innych grup społecznych, na których funkcjonowanie wpływają przepisy nowelizowanej ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 357, z późn. zm.). Projekt jest też odpowiedzią na postulowane od dawna wprowadzenie mechanizmów mających na celu zwiększenie bezpieczeństwa lekowego Rzeczypospolitej Polskiej.  Niezmiennym faktem od lat pozostaje stale rosnący popyt na świadczenia zdrowotne, w tym świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych. Jest to związane ze starzeniem się społeczeństwa oraz wydłużeniem oczekiwanej długości życia. Ponadto rosną koszty terapii wynikające m.in. z wprowadzania na rynek coraz bardziej zaawansowanych terapii oraz coraz bardziej przewlekłym charakterem i procesem terapeutycznym wielu chorób. Powyższe elementy powodują, że ważnym zagadnieniem polityki zdrowotnej, w tym polityki lekowej, jest dbałość o stabilność finansową systemu opieki zdrowotnej.  28 lipca odbyło się spotkanie Rady Organizacji Pacjentów, działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta. Członkowie Rady dyskutowali na temat nowelizacji ustawy refundacyjnej, wymieniając się wnioskami i uwagami dotyczącymi przedstawianego przez Ministerstwo Zdrowia projektu. | Planowany termin przyjęcia projektu przez Radę Ministrów – II/III kwartał 2021 r.  Konsultacje społeczne do 31 sierpnia 2021 r ([dep-pl@mz.gov.pl](mailto:dep-pl@mz.gov.pl))  ROP dyskutuje o nowelizacji ustawy refundacyjnej | [Projekt (rcl.gov.pl)](https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12348505)  <https://www.gov.pl/web/rpp/rop-dyskutuje-o-nowelizacji-ustawy-refundacyjnej> |
| 30.07.2021 | Zarządzenie Prezesa NFZ | ZARZĄDZENIE Nr 162/2020/DGL PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 16 października 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe | Tekst ujednolicony zawiera zmiany wprowadzone zarządzeniem Nr 196/2020/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2020 r., zarządzeniem Nr 29/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 lutego 2021 r., zarządzeniem Nr 59/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2021 r. i zarządzeniem Nr 102/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 czerwca 2021 r. |  | [Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków](https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1622020dgl-tekst-ujednolicony,7399.html) |
| 30.07.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ustawicznego rozwoju zawodowego farmaceutów | Uregulowanie kwestii dotyczących obowiązku podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez farmaceutów. | Konsultacje społeczne do 28 sierpnia 2021 r. ([t.janus@mz.gov.pl](mailto:t.janus@mz.gov.pl)) | [Projekt (rcl.gov.pl)](https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12349551/katalog/12806595#12806595) |
| 29.07.2021 | Komunikat Ministra Zdrowia | Komunikat w sprawie zwrotów szczepionek przeciw COVID-19 | W związku z dużą skalą zapytań o możliwość zwrotu otrzymanych szczepionek przeciw COVID-19 Minister Zdrowia informuje, że istnieje możliwość zwrotu, ale wyłącznie przy zachowaniu najwyższych standardów jakości zgodnych z warunkami określonymi w ustawie z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2021 r. poz. 974 ze zm.) oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia z dnia 13 marca 2015 r. w sprawie wymagań Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej (Dz.U. z 2017 r. poz. 509 ze zm.). |  | <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-w-sprawie-zwrotow-szczepionek-przeciw-covid-19?fbclid=IwAR2zFoBAt11l8V5EA4fatbqVlDD3RwhEOskzyO1kmdA2RhJ6yH0ZOfcP948> |
| 29.07.2021 | Uchwała Rady Ministrów | Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie realizacji zobowiązań międzynarodowych Rzeczypospolitej Polskiej oraz wyrażenia zgody na udostępnienie szczepionek przeciw COVID-19, w ramach międzynarodowych działań solidarnościowych, partnerom zagranicznym: Albanii, Bośni i Hercegowinie, Białorusi, Czarnogórze, Gruzji, Macedonii Północnej, Republice Kosowa, Serbii oraz Ukrainie | Przyczyną wprowadzenia rozwiązań planowanych w projekcie uchwały Rady Ministrów w sprawie realizacji zobowiązań międzynarodowych Rzeczypospolitej Polskiej oraz wyrażenia zgody na udostępnienie szczepionek przeciw COVID-19, w ramach międzynarodowych działań solidarnościowych, partnerom zagranicznym: Albanii, Bośni i Hercegowinie, Białorusi, Czarnogórze, Gruzji, Macedonii Północnej, Republice Kosowa, Serbii oraz Ukrainie jest chęć podjęcia inicjatywy polegającej na udzieleniu wparcia dla określonych partnerów zagranicznych, którzy posiadają niewystarczający dostęp do szczepionek przeciw chorobie COVID-19.  Zawarcie ewentualnych umów odsprzedaży jest korzystne ze względu na następujące okoliczności:  1) potrzebę umożliwienia dostępu do szczepionek dla krajów o niskim i średnim dochodzie;  2) konieczność racjonalnego, bieżącego gospodarowania ewentualnymi nadwyżkami tych partii dostarczanych szczepionek, które zostały zakupione z pierwotnym zamiarem ich odsprzedaży lub które po sukcesywnym zaspokojeniu potrzeb krajowych w zakresie przeciwdziałania COVID-19, z przyczyn obiektywnych, nie będą mogły zostać spożytkowane w kraju, np. z uwagi na termin ich ważności;  3) dynamiczną sytuację dotyczącą dostaw szczepionek przeciw COVID-19;  4) stopień zainteresowania obywateli Rzeczypospolitej Polskiej Narodowym Programem Szczepień przeciw COVID-19 oraz poziom zgłaszalności do dobrowolnego szczepienia w ramach tegoż Programu. | Planowany termin przyjęcia projektu przez Radę Ministrów – III kwartał 2021 r. | [Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie realizacji zobowiązań międzynarodowych Rzeczypospolitej Polskiej oraz wyrażenia zgody na udostępnienie szczepionek przeciw COVID-19, w ramach międzynarodowych działań solidarnościowych, partnerom zagranicznym: Albanii, Bośni i Hercegowinie, Białorusi, Czarnogórze, Gruzji, Macedonii Północnej, Republice Kosowa, Serbii oraz Ukrainie - Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów - BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (kprm.gov.pl)](https://archiwum.bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-rady-ministrow/prace-legislacyjne-rm-i/prace-legislacyjne-rady/wykaz-prac-legislacyjny/r41486676838,Projekt-uchwaly-Rady-Ministrow-w-sprawie-realizacji-zobowiazan-miedzynarodowych-.html) |
| 29.07.2021 | Ustawa | Projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta | Aktualnie zagadnienia jakości w opiece zdrowotnej są regulowane w wielu aktach prawnych o zróżnicowanej randze. Jednocześnie prowadzonych jest szereg inicjatyw projakościowych inicjowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, organizacje zrzeszające pacjentów oraz środowiska medyczne. Jednak dotychczas wprowadzenie wymagań jakościowych nie wiąże się z ich dostateczną i systematyczną oceną spełnienia. Systemowe podejście do zagadnienia jakości w opiece zdrowotnej wymaga przede wszystkim oceny zjawiska „niedostatecznej jakości” i skali jego występowania, wskazania głównych przyczyn i konsekwencji jego występowania, oraz wprowadzenia rozwiązań stymulujących do poprawy.  Celem projektu jest wdrożenie rozwiązań prawno-organizacyjnych, które w sposób kompleksowy i skoordynowany będą realizowały priorytety polityki zdrowotnej w obszarze jakości. Przedmiotem uregulowania będzie wprowadzenie rozwiązań w zakresie:  1) autoryzacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą (szpitale);  2) monitorowania zdarzeń niepożądanych;  3) usprawnienia akredytacji w ochronie zdrowia;  4) usprawnienia wypłaty pacjentom rekompensat za zdarzenia medyczne;  5) tworzenia i prowadzenia rejestrów medycznych.  Uregulowanie kwestii systemowego monitorowania jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w drodze odrębnego aktu prawnego pozwoli na:  1) poprawę skuteczności diagnostyki i leczenia przez systematyczną ocenę wskaźników jakości;  2) stałe udoskonalanie praktyki klinicznej przez prowadzenie rejestrów medycznych;  3) poprawę bezpieczeństwa i satysfakcji pacjenta przez rejestrowanie i monitorowanie zdarzeń niepożądanych;  4) stworzenie warunków do systematycznej oceny jakości świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i upubliczniania tych informacji;  5) uzyskanie porównywalności podmiotów udzielających świadczeń pod względem jakości i skuteczności oferowanej opieki oraz udostępnienie wyników opinii publicznej;  6) stworzenie warunków umożliwiających finansowe motywowanie podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do podnoszenia poziomu jakości;  7) efektywniejsze wykorzystanie środków publicznych w obszarze zdrowia.  Niezbędne jest zatem wprowadzenie ustawowej regulacji, która określi zadania, obowiązki i uprawnienia poszczególnych podmiotów w zakresie monitorowania, oceny i poprawy jakości. Nowa regulacja zapewni pacjentom, profesjonalistom medycznym i podmiotom wykonującym działalność leczniczą dostęp do powszechnej, wiarygodnej, obiektywnej i porównywalnej informacji o jakości udzielanej opieki. | Planowany termin przyjęcia projektu przez Radę Ministrów – III kwartał 2021 r.  Konsultacje społeczne do 22 sierpnia 2021 r. ([dep-dl@mz.gov.pl](mailto:dep-dl@mz.gov.pl))  Komentarz praktyczny [Twarowski Adam, Projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta - co czeka świadczeniodawców? - LEX](https://sip.lex.pl/#/publication/470157605/projekt-ustawy-o-jakosci-w-opiece-zdrowotnej-i-bezpieczenstwie-pacjenta-co-czeka-swiadczeniodawcow) | [Projekt (rcl.gov.pl)](https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12349305) |
| 29.07.2021 | Uchwała Rady Ministrów | Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie przyjęcia dokumentu Plan dla chorób rzadkich | Projekt stanowi wykonanie Zalecenia Rady Unii Europejskiej z dnia 8 czerwca 2009 r. w sprawie działań w dziedzinie rzadkich chorób (2009/C 151/02).  Zgodnie z ww. zaleceniami w celu poprawy koordynacji i spójności krajowych, regionalnych i lokalnych inicjatyw dotyczących chorób rzadkich, choroby te powinny zostać ujęte w planach lub strategiach dotyczących chorób rzadkich.  Z uwagi na to, że choroby rzadkie stanowią istotne wyzwanie dla opieki zdrowotnej i społecznej, dotykając 6-8% populacji każdego kraju (w Polsce to około 2 do 3 milionów osób) istnieje konieczność jak najszybszego poprawienia dostępności do diagnostyki i leczenia osób z chorobami rzadkimi, czemu służyć ma właśnie Plan dla Chorób Rzadkich. | Planowany termin przyjęcia projektu przez Radę Ministrów – II kwartał 2021 r. | [Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie przyjęcia dokumentu Plan dla chorób rzadkich - Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów - BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (kprm.gov.pl)](https://archiwum.bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-rady-ministrow/prace-legislacyjne-rm-i/prace-legislacyjne-rady/wykaz-prac-legislacyjny/r8944069,Projekt-uchwaly-Rady-Ministrow-w-sprawie-przyjecia-dokumentu-Plan-dla-chorob-rza.html) |
| 29.07.2021 | Ustawa | Projekt ustawy o zmianie ustawy o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego oraz niektórych innych ustaw | Mając na uwadze zmieniające się potrzeby w zakresie jakości, dostępności, specyfiki i metod kształcenia podyplomowego i specjalizacyjnego pielęgniarek i położnych w odniesieniu do potrzeb epidemiologicznych i zmian demograficznych zachodzących w społeczeństwie, wymagają podjęcia odpowiednich działań.  W związku z powyższym niezbędne jest zapewnienie pielęgniarkom i położnym odpowiednich warunków do dalszego kształcenia i rozwoju, analogicznych jak mają przedstawiciele pozostałych zawodów medycznych.  Zauważyć należy, iż obecnie zadania dotyczące kształcenia podyplomowego w zawodach medycznych realizowane są przez dwa podmioty. Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych jest monitorowane przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych (dalej: CKPPiP). Natomiast za organizację i realizację elementów kształcenia podyplomowego lekarzy, lekarzy dentystów, farmaceutów, fizjoterapeutów, diagnostów laboratoryjnych, ratowników medycznych oraz innych osób legitymujących się dyplomem ukończenia studiów wyższych, które wykonują zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia odpowiada Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (dalej: CMKP).  Odrębne funkcjonowanie dwóch jednostek zajmujących się kształceniem podyplomowym zawodów medycznych, wydaje się być problematyczne w dobie konieczności konsolidacji wszystkich zawodów medycznych. Dotychczasowy podział tych jednostek wpływa na ograniczenie grupie zawodowej pielęgniarek i położnych równego dostępu do osiągnieć naukowych w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, wymianę doświadczeń i integracje przedstawicieli wszystkich zawodów medycznych, a tym samym ogranicza możliwość rozwoju zawodowego.  Mając na uwadze powyższe, zasadne jest stworzenie jednej jednostki działającej w obszarze kształcenia podyplomowego wszystkich zawodów medycznych.  Ponadto, po 2 latach od usankcjonowania funkcjonowania CMKP w drodze ustawy, konieczne jest wprowadzenie przepisów usprawniających funkcjonowanie jednostki. | Planowany termin przyjęcia projektu przez Radę Ministrów – II kwartał 2021 r. | [Projekt ustawy o zmianie ustawy o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego oraz niektórych innych ustaw - Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów - BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (kprm.gov.pl)](https://archiwum.bip.kprm.gov.pl/kpr/bip-rady-ministrow/prace-legislacyjne-rm-i/prace-legislacyjne-rady/wykaz-prac-legislacyjny/r398334734625,Projekt-ustawy-o-zmianie-ustawy-o-Centrum-Medycznym-Ksztalcenia-Podyplomowego-or.html) |