|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **RODZAJ AKTU** | **TYTUŁ** | **CZEGO DOTYCZY** | **ETAP PRAC** | **LINK** |
| 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 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Rozporządzenie Ministra Zdrowia 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). | Konsultacje społeczne do 2 listopada 2021 r. | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12352864/12825485/12825486/dokument527592.pdf) |
| 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 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. | Skierowanie aktu do ogłoszenia | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12347308/12791261/12791262/dokument505291.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 | Projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (druki nr 1568 i 1618) | 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. | Senacka Komisja Zdrowa 20 października 2021 r.  *Komisja wnosi o wprowadzenie poprawek do ustawy* (druk senacki nr 531 A).  Posiedzenie Senatu (27,28 i 29 października 2021 r.) | [1568.pdf](file:///C:\Users\m.tomczuk\Downloads\1568.pdf) |
| 19.10.2021 | Ustawa | Projekt ustawy o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw (druk 1631) | 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). | Pierwsze czytanie projektu na posiedzeniu Sejmu (28 i 29 października 2021 r.) | [1631.pdf (sejm.gov.pl)](https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/12CB73CB71516BA7C12587680039DBE2/%24File/1631.pdf) |
| 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) |
| 14.10.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego 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. | Konsultacje społeczne do 26 października 2021 r. ([dep-zp@mz.gov.pl](mailto:dep-zp@mz.gov.pl)) | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12352251/12822156/12822157/dokument525259.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 | Zarządzenie Prezesa NFZ | Projekt zarządzenia 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. | Opinie i uwagi do 18 października 2021 r. ([sekretariat.dsoz@nfz.gov.pl](mailto:sekretariat.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-program-pilotazowy-kos-bar,6751.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 | Ustawa | Projekt ustawy o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw (druk 1631) | 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). | Skierowano do I czytania na posiedzenie Sejmu | [1631.pdf (sejm.gov.pl)](https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/12CB73CB71516BA7C12587680039DBE2/%24File/1631.pdf) |
| 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 | Projekt zarządzenia zmieniającego 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: 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. 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. Ponadto zaktualizowano użytą w załączniku nr 2 nazwę katalogu 1on – katalog onkologicznych świadczeń kompleksowych. 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. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 listopada 2021 r. z wyjątkiem § 1 pkt 2 lit. b oraz pkt 3, które wchodzą w życie z dniem 1 stycznia 2022 r. | Opinie i uwagi do 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-umowy-o-udzielanie-onkologicznych-swiadczen-kompleksowych,6749.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 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. | Opinie i uwagi do dnia 15 października 2021 r. [sekretariat.DSOZ@nfz.gov.pl](mailto:sekretariat.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-opieka-paliatywna-i-hospicyjna,6744.html) |
| 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 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. | Konsultacje społeczne 4 października 2021 r. ([k.makowiecka@mz.gov.pl](mailto:k.makowiecka@mz.gov.pl)) | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12351663/12818227/12818228/dokument522736.pdf) |
| 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 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. | Konsultacje społeczne do 13 września 2021 r. ([dep-zp@mz.gov.pl](mailto:dep-zp@mz.gov.pl)) | [Akt prawny (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/docs/516/12351156/12814725/12814726/dokument520555.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) |
| 19.08.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego 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. | Konsultacje społeczne do 17 września 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/516/12350255/12810588/12810589/dokument517613.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> |
| 02.08.2021 | Rozporządzenie Ministra Zdrowia | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego 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. | Konsultacje społeczne do 31 sierpnia 2021 r. ([e.mianowska@mz.gov.pl](mailto:e.mianowska@mz.gov.pl)) | [Projekt (legislacja.gov.pl)](https://legislacja.gov.pl/projekt/12349604) |
| 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) |