

DATA	RODZAJ AKTU	TYTUŁ	CZEGO DOTYCZY	ETAP PRAC	LINK
06.09.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 112/2022/DGLP REZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 5 września 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii	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.). Postanowieniami zarządzenia wprowadza się zmiany w zarządzeniu Nr 17/2022/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 lutego 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii, dostosowujące do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 22 sierpnia 2022 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 września 2022 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 90), 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 2022 r. poz. 463, z późn. zm.). Najważniejsze zmiany dotyczą: 1) załącznika nr 1n - katalog leków refundowanych stosowanych w chemioterapii i polegają na: a) dodaniu kodów GTIN dla substancji czynnej:- 5.08.10.0000077 – Azacitidinum - GTIN: 05909991463489, 09008732013641, b) usunięciu kodu GTIN dla substancji czynnej:- 5.08.10.0000053 – Pemetreksedum - GTIN: 05909991289393, 05909991289409,- 5.08.10.0000055 – Rituximabum - GTIN: 05996537003155, 05996537002158,- 5.08.10.0000094 – Gefitynibum - GTIN: 05909991385651, 03837000183290, 05901797710439,- 5.08.10.0000005 – Calcii folinas - GTIN: 05907626707564, 05907626707571, 05907626707588, 05907626707540,- 5.08.10.0000074 – Aprepitantum - GTIN: 05909991383169, c) dodaniu substancji czynnej i kodów GTIN dla:- 5.08.10.0000096 - Daunorubicini hydrochloridum + Cytarabinum - GTIN: 00368727109827- zgodnie ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym; 3) 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: a) zmianie porządkującej w kolumnie uwagi dla świadczenia o	Wejście w życie 6 września 2022 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1449/Zarz%C4%85dzenie-112_2022_DGL

			kodzie: 5.08.05.0000216 - doxorubicinum liposomanum pegylatum - inj. - 20 mg., zgodnie z pismem firmy Baxter, b) dodaniu świadczenia o kodzie: 5.08.05.0000217 - plerixaforum - inj. - 1 mg z wartością 824,9850- w związku z pismem Ministra Zdrowia znak: PLR.4504.946.2022.KWA z dnia 1 września 2022 r. Oznaczenie stosowania przepisów do rozliczania świadczeń w sposób wskazany w § 2 zarządzenia, wynika z konieczności zapewnienia ciągłości stosowania przepisów w przedmiotowym zakresie, zgodnie z ww. obwieszczeniem Ministra Zdrowia oraz z terminów obowiązywania decyzji administracyjnych Ministra Zdrowia w sprawie objęcie refundacją i określenia ceny urzędowej leków zawartych w niniejszym zarządzeniu. Wobec powyższego zarządzenie stosuje się do świadczeń udzielanych od dnia 1 września 2022 r., z wyjątkiem lp. 8 części B załącznika nr 1t do zarządzenia, w brzmieniu nadanym niniejszym zarządzeniem, którą stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych w okresie od dnia 8 sierpnia 2022 r. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania. Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący. Z uwagi na to, iż zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem mają charakter dostosowujący, porządkujący oraz wynikają ze zmiany przepisów prawa, projekt przedmiotowego zarządzenia nie został poddany konsultacjom społecznym.		
06.09.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 111/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 2 września 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie	Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne 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”. Materia zawarta w niniejszej regulacji określona była dotychczas w zarządzeniu Nr 168/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne (z późn. zm.), który zgodnie z § 18, z dniem wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia, utraci moc obowiązującą. Regulacje wprowadzone niniejszym zarządzeniem polegają w szczególności na	Wejście w życie 3 września 2022 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1448/Zarz%C4%85dzenie-111_2022_DSOZ

		świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programu zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programu zdrowotne	wdrożeniu nowego Programu badań przesiewowych raka jelita grubego jako świadczenia gwarantowanego określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 1366). W związku z powyższym, dodano załącznik nr 7 do zarządzenia – Warunki finansowania programu badań przesiewowych raka jelita grubego wraz z załącznikiem (ankieta dla pacjentów objętych programem badań przesiewowych raka jelita grubego). Ponadto, w porównaniu do regulacji dotychczas obowiązującej, niniejszym zarządzeniem dokonano korekt w poszczególnych załącznikach do zarządzenia, tj.: 1) w załączniku 1 do zarządzenia dodano zakres świadczeń „Program badań przesiewowych raka jelita grubego” wraz ze świadczeniami (produktami rozliczeniowymi) – z uwzględnieniem wyceny AOTMiT ze stosownymi korektami (wzrost o 4,5% oraz wzrost wynikający z rekomendacji nr 65 AOTMiT); 2) w załączniku nr 2 do zarządzenia (wzór umowy) dokonano korekt redakcyjnych; 3) w załączniku nr 3 (dotyczącym programu profilaktyki raka szyjki macicy) oraz w załączniku nr 4 (dotyczącym programu profilaktyki raka piersi), dokonano aktualizacji danych epidemiologicznych oraz dokonano korekty wzoru zgody pacjenta; 4) w załączniku nr 5 do zarządzenia (dotyczącym programu badań prenatalnych), dokonano korekty zapisów dot. certyfikatów potwierdzających kwalifikacje lekarzy wykonujących badania USG płodu oraz dokonano korekty wzoru zgody pacjenta; 5) w załączniku nr 6 do zarządzenia (dotyczącym profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)), dokonano korekty w ankiecie o stanie zdrowia świadczeniobiorcy poprzez usunięcie pola ‘poczta’ oraz dokonano korekty wzoru zgody pacjenta. Projekt zarządzenia 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 2022 r. poz. 787, z późn. zm.), został poddany konsultacjom zewnętrznym, w ramach których uwagi zgłosiło 5 podmiotów. Uwagi uzasadnione 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. Skutek finansowy dla wprowadzanych niniejszym zarządzeniem zmian oszacowano na 82		
--	--	--	--	--	--

06.09.2022	Zarządzenie	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2022 r. w sprawie nadania statutu Lotniczemu Pogotowiu Ratunkowemu	455 046 zł Nadanie statutu	Wejście w życie 14 września 2022 r.	http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2022/97/akt.pdf
06.09.2022	Zarządzenie	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie nadania statutu Regionalnemu Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Szczecinie	Zmiana statutu	Wejście w życie 2 września 2022 r.	http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2022/96/akt.pdf
05.09.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 września 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu	Przepisy wykonawcze dotyczące określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „systemem zabezpieczenia”, wymagają uaktualnienia, pozwalającego na ich zastosowanie przy przeprowadzeniu kolejnej kwalifikacji do tego systemu. Proponuje się wprowadzenie zmian w § 3 ust. 2 pkt 5 i § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1163), polegających na zastąpieniu nieaktualnego obecnie odniesienia do pierwszego wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu zabezpieczenia odniesieniem do wykazu wydanego na podstawie art. 95n ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej	Wejście w życie 6 września 2022 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000186601.pdf

		podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej	finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.		
05.09.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami	W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z poz. 1352), nastąpił wzrost wynagrodzeń pracowników realizujących świadczenia opieki zdrowotnej. Wejście w życie wskazanej ustawy oznacza konieczność podniesienia przez każdego kierującego placówką medyczną wynagrodzenia swoich pracowników do poziomu przewidzianego tym aktem prawnym. W celu zapewnienia świadczeniodawcom środków finansowych na wzrost wynagrodzeń konieczne jest podwyższenie wyceny świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach programu pilotażowego w zakresie koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami. Wobec tego, projekt zmian zakłada nadanie nowego brzmienia § 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 czerwca 2020 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami (Dz.U. poz. 1185) i podniesienie wyceny określonych w nim świadczeń, tj. porady pierwszorazowej, porady kompleksowej, porady monitorującej, porady w trybie pilnym, kompleksowej konsultacji specjalistycznej realizowanej w ramach porady kompleksowej lub porady monitorującej (I typu – wykonanie 1–3 konsultacji specjalistycznych, II typu – wykonanie 4–6 konsultacji specjalistycznych, III typu – wykonanie powyżej 6 konsultacji specjalistycznych) oraz miesięcznego ryczału za koordynację opieki.	Wejście w życie 6 września 2022 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000186101.pdf
05.09.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2022 r. w sprawie kursów kwalifikacyjnych	Zgodnie z art. 43 ust. 1 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, zwanej dalej „ustawą”, farmaceuta ma prawo i obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego przez aktualizację wiedzy i umiejętności zawodowych. Ustawiczny rozwój zawodowy może być realizowany przez doskonalenie zawodowe lub kształcenie podyplomowe. W ramach kształcenia podyplomowego farmaceuta ma prawo do stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności przez	Wejście w życie 19 września 2022 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000186001.pdf

		h dla farmaceutów uczestnictwo m.in. w kursach kwalifikacyjnych, których celem jest uzyskanie przez farmaceutę wiedzy i umiejętności do udzielania określonych świadczeń opieki zdrowotnej lub usług farmaceutycznych wchodzących w zakres danej dziedziny farmacji lub dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia. Projekt rozporządzenia stanowi realizację upoważnienia zawartego w art. 76 ustawy. Kurs kwalifikacyjny ma na celu uzyskanie przez farmaceutę wiedzy i umiejętności do udzielania określonych świadczeń opieki zdrowotnej lub usług farmaceutycznych wchodzących w zakres danej dziedziny farmacji lub dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia. Zakres problematyki w kursach kwalifikacyjnych przewidziany w projekcie rozporządzenia koresponduje bezpośrednio z nowym ujęciem roli i zadań farmaceuty, jako osoby wykonującej medyczny zawód zaufania publicznego i obejmuje zagadnienia z zakresu sprawowania przez farmaceutę opieki farmaceutycznej, o której mowa w art. 4 ust. 2 ustawy. Zgodnie z art. 75 ust. 2 ustawy, uprawnienie do prowadzenia kursów kwalifikacyjnych posiadają jednostki szkolące (uczelnie, które prowadzą studia na kierunku farmacja po uzyskaniu akredytacji) oraz Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, zwane dalej „CMKP”, które opracowują programu kursu kwalifikacyjnego, zawierający: założenia organizacyjno programowe określające rodzaj i cel kształcenia, czas jego trwania, nie krótszy niż 2 miesiące, sposób organizacji oraz sposób sprawdzania efektów uczenia się, plan nauczania, efekty kształcenia, wskazówki metodyczne oraz standardy dotyczące kadry i bazy dydaktycznej. Kursy kwalifikacyjne będą obejmowały następującą problematykę: 1) przeprowadzania badania kwalifikacyjnego w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania szczepienia przeciw COVID-19 oraz wykonywania szczepienia przeciw COVID-19; 2) wykonywania szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób dorosłych; 3) wykonywania badań diagnostycznych polegających na pomiarze masy ciała, wzrostu i obwodu w pasie, a także obliczaniu wskaźnika BMI (ang. Body Mass Index) oraz stosunku obwodu talii do obwodu bioder (WHR – ang. Waist-Hip Ratio), o których mowa w pkt 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 stycznia 2022 r. w sprawie wykazu badań diagnostycznych, które mogą być		
--	--	---	--	--

			wykonywane przez farmaceutę (Dz. U. poz. 153). Projekt rozporządzenia przewiduje, że w celu zakwalifikowania farmaceuty do odbycia kursu kwalifikacyjnego jednostka szkoląca oraz CMKP, powołuje komisję kwalifikacyjną, która przeprowadza postępowanie kwalifikacyjne, na wniosek złożony w formie pisemnej lub elektronicznej przez farmaceutę, w terminie podanym na stronie internetowej organizatora kursu. Komisja kwalifikacyjna, w ramach postępowania kwalifikacyjnego będzie oceniać, czy farmaceuta ubiegający się o zakwalifikowanie na kurs kwalifikacyjny spełnia wymagania określone w art. 75 ust. 8 ustawy. Postępowanie kwalifikacyjne obejmuje ocenę formalną wniosku o odbycie kursu kwalifikacyjnego. Do odbycia kursu kwalifikacyjnego komisja kwalifikacyjna kwalifikuje farmaceutów, według kolejności zgłoszeń w liczbie odpowiadającej liczbie wolnych miejsc szkoleniowych. Projekt rozporządzenia określa także wzór zaświadczenia potwierdzającego odbycie kursu kwalifikacyjnego.		
05.09.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej	Obecnie dokumentacja medyczna w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami jest prowadzona w postaci papierowej. Utrudnia to obieg informacji pomiędzy pielęgniarką albo higienistką szkolną a lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), jako podmiotami uczestniczącymi w sprawowaniu tej opieki. W projekcie rozporządzenia proponuje się rozszerzenie katalogu elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) o dodatkowe rodzaje dokumentacji medycznej, tj. kartę profilaktycznego badania ucznia oraz dokumentację indywidualną ucznia prowadzoną przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania lub higienistkę szkolną, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849, z późn. zm.). Projektowane zmiany przyczynią się to do zapewnienia pracownikom medycznym możliwości łatwego i szybkiego zapoznania się z dokumentacją medyczną dotyczącą ucznia, usprawnienia procesu współpracy między poszczególnymi pracownikami medycznymi sprawującymi opiekę zdrowotną nad uczniem oraz uproszczenia procesu gwarantowania dostępu do tego rodzaju dokumentacji odpowiednio przedstawicielom ustawowym dziecka albo pełnoletniemu uczniowi. Wdrożenie projektowanego rozwiązania przełoży się na	Wejście w życie 2 września 2022 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000184501.pdf

			zwiększenie efektywności i dynamiki wymiany informacji między uczestnikami procesu sprawowania opieki zdrowotnej nad uczniami.		
05.09.2022	Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów na realizację recept oraz ramowego wzoru umowy na realizację recept	Rozwiązany jest problem częściowej nieaktualności przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2011 r. w sprawie ogólnych warunków umów na realizację recept oraz ramowego wzoru umowy na realizację recept (Dz. U. z 2021 r. poz. 337), zwanego dalej „zmienianym rozporządzeniem”. Projektowane rozporządzenie odpowiada na potrzebę uzupełnienia mechanizmów prawnych zawartych w zmienianym rozporządzeniu, pozwalających Narodowemu Funduszowi Zdrowia nadzorować prawidłowe wykonywania umów na realizację recept przez drugą stronę tych umów. Rekomenduje się dokonanie aktualizacji treści zmienianego rozporządzenia w celu uzyskania efektu jego skorelowania z przepisami ustawowymi w zakresie prawidłowego wskazania właściwości Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia jako nadzorującego apteki ogólnodostępne i pozostającego stroną umowy na realizację recept. Rekomenduje się również dokonanie optymalizacji zmienianego rozporządzenia pod kątem wprowadzenia dodatkowych środków nadzoru nad aptekami niewywiązującymi się z realizacji ww. umów zgodnie z ich treścią, w tym określonych form dolegliwości prawnych za niestosowanie się do postanowień umownych.	Konsultacje publiczne	https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12363702/12909053/12909054/dokument573080.pdf
05.09.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich	Konieczność odzwierciedlenia w kodach stosowanych w celu identyfikacji prawa do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dwóch nowych podstaw prawnych wynikających z: 1) art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej mają pobierające rentę rodzinną osoby, które nie ukończyły 18 roku życia, jeżeli mają miejsce zamieszkania na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu lub Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, a nie posiadają statusu osoby ubezpieczonej lub nie mogą korzystać ze świadczeń jako osoby do 18 roku życia posiadające obywatelstwo polskie; 2) art. 37 ust. 1b ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. poz. 583, z późn. zm.), zgodnie z którym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków	Konsultacje publiczne	https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12363652/12908793/12908794/dokument572887.pdf

		przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych	publicznych mają osoby, które odniosły obrażenia w wyniku działań wojennych prowadzonych na terytorium Ukrainy i które zostały przetransportowane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w celu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, niespełniające warunków, o których mowa w art. 2 i nieuprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie innych przepisów lub umów międzynarodowych. Wprowadzenie kodów pozwalających na identyfikację nowych grup osób, które uzyskały prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.		
05.09.2022	Ustawa	Projekt ustawy o zmianie ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia	Projektowana zmiana ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2020 r. poz. 2021, z późn. zm.) wynika z konieczności dostosowania instrumentów nadzoru rynku środków spożywczych objętych powiadomieniem o pierwszym wprowadzeniu do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przede wszystkim suplementów diety, do dynamicznie rozwijającego się rynku tych produktów. Projekt ustawy przewiduje uszczegółowienie zasad dotyczących prezentacji lub reklamy suplementów diety mając na uwadze ochronę zdrowia i życia konsumentów oraz podnoszenie świadomości społeczeństwa. Wynika to z tego, że niektóre praktyki stosowane przez przedsiębiorców mogą wprowadzać konsumentów w błąd, co do właściwości suplementów diety i w związku z tym niezbędne jest wprowadzenie zakazu takich praktyk. W 2007 r. w Rzeczypospolitej Polskiej zarejestrowano pierwszy produkt w kategorii „suplementu diety”. Od tego czasu dynamika wzrostu sprzedaży oraz wartość rynku suplementów diety wzrosła wielokrotnie. Wielu ekspertów z dziedziny nauk o zdrowiu, medycyny i farmacji uważa to za zjawisko niepokojące. Wzrost sprzedaży suplementów diety wiąże się głównie ze wzrostem emisji reklam telewizyjnych dotyczących tych produktów. Dynamikę wartości rynku suplementów diety należy porównać z liczbą zgłoszeń do Głównego Inspektora Sanitarnego, zwanego dalej „GIS”, stanowiących powiadomienie o wprowadzeniu produktu po raz pierwszy do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Liczba powiadomień wpływających do GIS każdego roku nieustannie wzrasta. Od 2007 r. do 2016 r. do GIS wpłynęło około 33114 powiadomień o wprowadzeniu lub zamiarze wprowadzenia suplementów diety po raz pierwszy do obrotu. W latach	Planowany termin przyjęcia projektu przez RM: IV kwartał 2022 r.	https://www.gov.pl/web/premier/projekt-ustawy-o-zmianie-ustawy-o-bezpieczenstwie-zywnosci-i-zywienia

			2017–2020 do GIS wpłynęło 62 808, a w roku 2021 około 21993 powiadomień. Dynamicznemu rozwojowi rynku suplementów diety towarzyszy wzrost liczby reklam tych produktów. Według Polskiego Instytutu Ekonomicznego w Rzeczypospolitej Polskiej w 2018 r. firmy przemysłu farmaceutycznego wydały 4,2 mld zł na reklamę suplementów diety i leków bez recepty. Według danych firmy prowadzącej analizę i badanie rynku PMR Ltd. Sp. z o.o. z Krakowa konsumenci coraz częściej kupują suplementy diety. Przewidywano, że do końca 2021 r. nastąpi 9 % wzrost wartości tego sektora - do wartości 6,5 mld zł. Dane dotyczą łącznie kanału aptecznego i pozapotecznego. Według analiz firmy badawczej PMR Ltd. Sp. z o.o. wartość sprzedaży leków i suplementów diety (wraz z dietetycznymi środkami spożywczymi) we wszystkich kanałach (aptekach, sklepach i Internecie) wyniosła w 2020 r. nieco ponad 15 mld zł. Było to prawie 4% więcej niż przed pandemią COVID-19. W 2020 r. więcej Polaków sięgnęło po witaminy i składniki mineralne oraz leki przeciwwirusowe, natomiast znacząco spadła sprzedaż droższych preparatów. Wzrost intensywności emisji komunikatów handlowych wpłynął w sposób kluczowy na poziom sprzedaży suplementów diety, a tym samym na wartość rynku tych produktów. Z danych Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji wynika, że od 1997 r. do 2015 r. liczba reklam emitowanych dla sektora produktów zdrowotnych i leków wzrosła blisko 20 razy. Duża presja marketingu i ekspozycja na reklamy suplementów diety, wpływa na kształtowanie zachowań konsumentów. Techniki wykorzystywane przez reklamodawców oddziałują na świadomość konsumenta, przez co pośrednio wpływają na decyzję zakupu określonej kategorii żywności, a tym samym na jakość spożywanych produktów. Nie bez znaczenia pozostaje również wykorzystywanie nieświadomości konsumentów na temat różnic pomiędzy suplementami diety i produktami leczniczymi. Ostatnio wśród firm działających w sektorze spożywczym modny stał się tzw. „influencer marketing” pozwalający dotrzeć do większych, bardziej zróżnicowanych wiekowo grup odbiorców mających ściśle określone potrzeby żywieniowe. Ocena rynku reklamy w Rzeczypospolitej Polskiej koncentruje się przede wszystkim na wiodących środkach przekazu, do których zalicza się m.in. telewizję, internet, radio, outdoor, prasę oraz kino. W Rzeczypospolitej Polskiej wiodącym medium w latach 2014–2016 była telewizja, w której reklamy emitowane są w 46,4%. Wzrost wartości rynku suplementów diety w Polsce wiązany	
--	--	--	--	--

		jest bezpośrednio ze wzrostem budżetów firm przeznaczonych na emisję przekazów handlowych. Powszechna dostępność suplementów diety oraz wszechobecny i intensywny proces reklamowy zachęcający do ich spożywania powoduje, że są one zbyt chętnie nabywane przez konsumentów (zwłaszcza w obiegu pozaaptecznym). Nieuzasadnione i nieodpowiednie stosowanie tych produktów może powodować niekorzystne konsekwencje dla zdrowia ludzi. Przekonanie o potrzebie zdrowego odżywiania jest wśród Polaków niemal powszechne. Wśród istotnych determinantów dobrego zdrowia Polacy wskazują między innymi zażywanie suplementów diety. Wielu z nich często sięga po proste rozwiązania reklamowane jako złoty środek na pojawiające się problemy wynikające z niewłaściwego stylu życia (np. preparaty na odchudzanie, na zmniejszenie apetytu, spalanie tkanki tłuszczowej). Przy czym czasem jedna tabletka wystarczy, aby pokryć dzienne zapotrzebowanie na witaminę lub składnik mineralny. Łatwo przekroczyć więc dawkę bezpieczną, co może wiązać się z wystąpieniem niekorzystnych efektów zdrowotnych. Należy także mieć na uwadze, że suplement diety jest środkiem spożywczym, którego celem jest uzupełnienie wyłącznie nieprawidłowo zbilansowanej diety. Prawidłowe żywienie bowiem powinno pokrywać zapotrzebowanie organizmu na energię oraz składniki odżywcze niezbędne do prawidłowego funkcjonowania organizmu. Właściwie skomponowana dieta pozwala na bardziej zrównoważone spożycie poszczególnych składników i ogranicza ryzyko wystąpienia niedoborów. Natomiast wiedza Polaków na temat suplementów diety oraz świadomość istotnych różnic między lekami bez recepty (OTC), a suplementami diety jest na niskim poziomie. Wielu konsumentów postrzega suplementację jako łatwą drogę do skorygowania sposobu żywienia. Większość uważa suplementy diety za środki bezpieczne, a ich powszechna dostępność wywołuje u wielu osób przekonanie, że można je przyjmować bez ograniczeń. Niewłaściwe, nieuzasadnione stosowanie suplementów diety, brak rzetelnej informacji dotyczącej przeciwwskazań do stosowania oraz nadmierne spożycie tych produktów może wiązać się z ryzykiem wystąpienia skutków niepożądanych oraz być przyczyną poważnych konsekwencji zdrowotnych. Aby zapobiec działaniom niepożądanym warto decyzję o zastosowaniu suplementów diety poprzedzić analizą stanu odżywienia organizmu oraz analizą sposobu żywienia. Ważne jest również		
--	--	---	--	--

		określenie powodu niedoborów tych składników, aby zwalczyć przyczynę, a nie skutek. Dużym ułatwieniem, ale jednocześnie zagrożeniem dla kupujących jest ogromny wybór suplementów diety zarówno w aptekach, sklepach, drogeriach, jak i w Internecie. Istotne znaczenie w decyzjach zakupowych pełni reklama i prezentacja suplementów diety zamieszczana w bezpośrednim punkcie obsługi klienta (np. punkty kasowe). Wiele reakcji konsumentów, w tym decyzji zakupowych jest warunkowanych cechami dobrego przekazu reklamowego. Przekaz reklamowy jest dla większości konsumentów zasadniczym źródłem informacji o produktach, o których wcześniej nie słyszeli. Reklama telewizyjna wpływa na sprzedaż oraz postawy konsumentów w największym stopniu, a przekaz reklamowy emitowany w telewizji jest zapamiętywany zdecydowanie najdłużej. W związku z tym opracowywane są strategie promocji produktów, które odgrywają kluczową rolę dla orientacji rynkowej. Zasadniczym ich elementem obok określenia celów, tworzenia przekazu, wyboru kanałów i narzędzi, zaplanowania budżetu i oceny efektów reklamy, jest identyfikacja konsumentów. Analiza danych dotyczących dynamiki wzrostu sprzedaży suplementów diety w Polsce budzi uzasadnione obawy co do prawidłowości stosowania ich przez Polaków. W ostatnich latach zauważono niepokojący wzrost sprzedaży suplementów diety, co zwiększyło wartość rynkową sektora tych produktów. Przywołane powyżej dane wskazują na konieczność wdrożenia rozwiązań, które uszczelnia aktualnie obowiązujące przepisy w obszarze suplementów diety. Projekt ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia przewiduje uszczegółowienie zasad dotyczących prezentacji lub reklamy suplementów diety mając na uwadze ochronę zdrowia i życia konsumentów oraz podnoszenie świadomości społeczeństwa. W projekcie zaproponowano przepis dotyczący obowiązkowego zamieszczania komunikatu podczas prezentacji lub reklamy suplementu diety, tj.: „Suplement diety jest środkiem spożywczym, którego celem jest uzupełnienie normalnej diety. Suplement diety nie ma właściwości leczniczych.”. Koniecznym jest, aby w reklamie i prezentacji suplementów diety pojawiał się wyraźny komunikat wskazujący, że prawidłowo zbilansowana dieta dostarcza wszystkich niezbędnych składników odżywczych, witamin, składników mineralnych, a suplementacja powinna być stosowana wyłącznie jako uzupełnienie		
--	--	--	--	--

		niedoborowej diety. Projekt przewiduje także uszczegółowienie zasad dotyczących prezentacji lub reklamy suplementów diety. Proponuje się wprowadzenie zakazu wykorzystywania w reklamach wizerunku autorytetów i ekspertów w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, w tym przede wszystkim osób wykonujących zawody medyczne, przedmiotów mogących budzić skojarzenia z wykonywaniem zawodów mających zastosowanie w ochronie zdrowia (w tym stetoskopu, aparatu do mierzenia ciśnienia, łóżka, sprzętu do ćwiczeń fizjoterapeutycznych, wagi, taśmy antropometrycznej), czy też prezentację czynności mogących budzić skojarzenia z wykonywaniem tych zawodów, w tym badań, wypisywania recept, sprzedaży w aptece lub punkcie aptecznym. W projekcie zaproponowano również rozwiązania dotyczące ograniczeń w prowadzeniu reklam w zakresie grupy docelowej, jak i ewentualnych skojarzeń z wyrobami czy produktami leczniczymi (m.in. reklama nie może być kierowana do małoletnich do 12 roku życia, reklama nie może wprowadzać w błąd co do właściwości suplementu diety poprzez zawieranie wspólnego głównego członu z nazwą wyrobu medycznego, produktu leczniczego lub wspólnego znaku graficznego lub towarowego, kształtu graficznego lub opakowania wykorzystującego podobieństwo z oznaczeniem wyrobu medycznego, produktu leczniczego). W projekcie przewiduje się odseparowanie produktów leczniczych i suplementów diety oferowanych w aptekach, punktach aptecznych czy też placówkach obrotu pozaaptecznego. W projekcie przewidziano także ograniczenia dotyczące sposobu oraz miejsc prowadzenia prezentacji lub reklamy suplementów diety. Zgodnie z projektowanymi rozwiązaniami nie może być ona prowadzona: w jednostkach systemu oświaty, w aptekach i punktach aptecznych, z wyjątkiem prezentowania suplementów diety w wydzielonych miejscach umieszczonych w polu widzenia kupującego, które muszą być oddzielone od miejsc, na których są prezentowane produkty lecznicze, wyroby medyczne i kosmetyki, i nie mogą znajdować się w bezpośrednim sąsiedztwie punktu obsługi klienta; w placówkach obrotu pozaaptecznego, o których mowa w art. 71 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 1977), z wyjątkiem prezentowania suplementów diety w wydzielonych miejscach umieszczonych w polu widzenia kupującego,		
--	--	--	--	--

		które nie mogą znajdować się w bezpośrednim sąsiedztwie punktu obsługi klienta. Projektowane zmiany odnoszą się do także do kwestii prezentacji i reklamy suplementów diety wprowadzanych pod podobną lub zbliżoną do produktów leczniczych nazwą lub szatą graficzną opakowania (tzw. marki parasolowe). Taka praktyka powoduje zacieranie granic pomiędzy produktem leczniczym a suplementem diety stanowiąc realne zagrożenie dla zdrowia i wyraźną dezorientację u konsumentów. Równoległe oferowanie na rynku suplementu diety i produktu leczniczego o podobnych nazwach czy też opakowaniu wymaga wdrożenia regulacji prawnych, które wyeliminują to zjawisko. Ponadto, przepisy projektowanej ustawy przewidują możliwość stosowania w oznakowaniu, prezentacji lub reklamie suplementów diety dobrowolnego znaku potwierdzającego jakość i bezpieczeństwo produktu na podstawie analizy jego składu. Umieszczenie znaku graficznego byłoby możliwe po przeprowadzeniu badań laboratoryjnych oraz uzyskaniu opinii jednostki naukowej potwierdzającej zgodność składu suplementu diety z wymaganiami dotyczącymi bezpieczeństwa żywności i suplementów diety. Oczekuje się, że wprowadzone rozwiązania wpłyną na zwiększenie świadomości konsumentów, a tym samym na zmniejszenie nieuzasadnionego stosowania suplementów diety. Projekt ustawy wprowadza również zmiany doprecyzowujące dotyczące procedury powiadamiania Głównego Inspektora Sanitarnego, zwanego dalej „GIS”, o pierwszym prowadzeniu do obrotu określonych środków spożywczych. W związku z tym wprowadza się przepisy pozwalające GIS na określanie terminu do przełożenia opinii, w przypadku, gdy w ramach prowadzonego postępowania GIS zobowiąże podmiot działający na rynku spożywczym do przełożenia opinii jednostki naukowej lub Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, zwanego dalej „Urzędem”. Dodatkowo proponowane zmiany przewidują obowiązek dla podmiotu zgłaszającego powiadomienie do poinformowania GIS, w terminie 14 dni od dnia otrzymania pisma GIS o wszczęciu postępowania wyjaśniającego, o fakcie zwrócenia się do właściwej jednostki naukowej lub Urzędu o wydanie opinii. Nieprzedłożenie w wyznaczonym terminie opinii lub nieprzedłożenie w terminie 14 dni informacji o zwróceniu się podmiotu o wydanie opinii skutkować będzie domniemaniem, że kwalifikacja środka spożywczego		
--	--	---	--	--

			zaproponowana przez podmiot działający na rynku spożywczym jest nieprawidłowa oraz, że środek spożywczy nie spełnia wymagań dla danego rodzaju środka spożywczego. Proponowane zmiany przepisów ustawy w tym zakresie mają na celu zmotywowanie podmiotów zgłaszających powiadomienie do szybkiego działania, a co za tym idzie eliminowania z obrotu produktów, które mogą nie spełniać wymagań dla danego rodzaju środka spożywczego. Projekt ustawy przewiduje zmianę w zakresie przepisów karnych i przepisów o karach pieniężnych Organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej powinny mieć możliwość nakładania skutecznych, proporcjonalnych i odstraszcających kar pieniężnych za naruszenie przepisów ustawy. Obecny maksymalny limit kary pieniężnej nie spełnia tych kryteriów, w szczególności wobec podmiotów profesjonalnych tj. dużych podmiotów, których podstawową działalnością jest produkcja i wprowadzanie do obrotu na znaczną skalę suplementów diety. Ponadto projekt ustawy wprowadza zmiany dotyczące zasad nakładania kar pieniężnych na podmioty działające na rynku spożywczym na podstawie art. 103 ust. 1 ustawy. Obecnie kary pieniężne wymierza, w drodze decyzji, właściwy państwowy wojewódzki inspektor sanitarny na podstawie wniosku w tej sprawie skierowanego przez państwowego powiatowego lub granicznego inspektora sanitarnego po przeprowadzonym postępowaniu administracyjnym, a organem odwoławczym jest GIS. Po zmianie przepisów kary wymierzał będzie właściwy państwowy powiatowy lub graniczny inspektor sanitarny po przeprowadzonym postępowaniu, a organem odwoławczym będzie właściwy państwowy wojewódzki inspektor sanitarny. Jednocześnie uchylenie przepisów art. 104 ust. 2 i 3 ustawy spowoduje możliwość zastosowania do kar pieniężnych przepisów działu IVA ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 735, z późn. zm.), który kompleksowo określa zasady wymierzenia i dochodzenia administracyjnych kar pieniężnych.		
26.07.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 93/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z	Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego 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.), i nowelizuje zarządzenie Nr 79/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna. Wprowadzane zmiany	Wejście w życie 26 lipca 2022 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1383/Zarz%C4%85dzenie-93_2022_DSOZ

		dnia 25 lipca 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna	obejmują: 1) w § 4 ust 1 pkt 3 zarządzenia doprecyzowano przepis dotyczący przedmiotu umowy położnej poz; 2) w § 18 ust 2 zarządzenia zmieniono wyrazy „z zastrzeżeniem § 55 ust 1” na „z zastrzeżeniem § 53 ust. 1”; 3) w § 23 ust. 2 zarządzenia doprecyzowano sposób finansowania świadczeń lekarza poz w ramach stawki kapitałowej w odniesieniu do współczynnika korygującego; 4) dokonano zmian w załączniku nr 1 do zarządzenia: a) zgodnie z rekomendacją nr 65/2022 z dnia 13 lipca 2022 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Zmianie uległy wartości stawek kapitałowych, porad i ryczałtów. Podwyższono wartość jednostki rozliczeniowej dla: - porady, stawki kapitałowej i ryczałtu o 6,26%, - ryczałtu dotyczącego transportu sanitarnego o 13,1%, b) w związku ze wzrostem wyceny dokonanej przez Agencję Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji świadczenia pielęgniarstwa poz w ramach realizacji profilaktyki gruźlicy (pismo z dnia 29.04.2022 r., znak: WT.5403.15.2022.AT.23). Skutek finansowy dla wprowadzonych zmian, po uwzględnieniu rekomendacji nr 65/2022 z dnia 13 lipca 2022 r. Prezesa AOTMiT, z tytułu nowej wyceny świadczenia pielęgniarstwa poz w ramach realizacji profilaktyki gruźlicy od 1 lipca 2022 r. szacowany jest na kwotę 1 962 616,97 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. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 lipca 2022 r. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.		
26.07.2022	Ustawa	Projekt ustawy o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o działalności leczniczej	Zagadnienia związane ze świadczeniem usług pielęgniarstwa w domach pomocy społecznej, zwanych dalej „DPS”, różnym statusem pracowników medycznych zatrudnionych w tych placówkach oraz w podmiotach ochrony zdrowia są od dłuższego czasu przedmiotem analiz. Z uwagi na postępujące zmiany demograficzne, polegające m.in. na zwiększającej się liczbie osób starszych (przy jednocześnie spadającej liczbie osób młodych) oraz kulturowe i społeczne polegające m.in. na coraz większej liczbie jednoosobowych gospodarstw domowych, systemy: pomocy społecznej oraz ochrony zdrowia stają przed coraz większymi wyzwaniami. Jednym z rozwiązań tych wyzwań jest większa integracja ww. systemów, umożliwiającą optymalne dostępne zasoby oraz zoptymalizowanie i zmaksymalizowanie korzyści dla ich	Planowany termin przyjęcia projektu przez RM: IV kwartał 2022 r	https://www.gov.pl/web/premier/projekt-ustawy-o-zmianie-ustawy-o-pomocy-spoecznej-oraz-ustawy-o-dzialalnosci-leczniczej

		odbiorców i szerzej dla całego społeczeństwa. Proponowane przepisy mają na celu umożliwienie DPS udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców tych domów, którzy tych świadczeń wymagają. Obecnie świadczenia zdrowotne, w tym świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych (świadczenia gwarantowane) mogą być świadczone mieszkańcom DPS wyłącznie przez „zewnątrzne” podmioty, czyli podmioty wykonujące działalność leczniczą, tj. przez podmioty lecznicze oraz osoby wykonujące zawód medyczny w ramach praktyki zawodowej (przede wszystkim pielęgniarki). Proponowane rozwiązania mają na celu pełniejsze zintegrowanie funkcji pomocy społecznej z funkcjami opieki zdrowotnej. Dzięki takiemu rozwiązaniu DPS będzie mógł bezpośrednio zapewnić opiekę zdrowotną swoim mieszkańcom. Projektowane przepisy przewidują możliwość wykonywania przez DPS (niezależnie od formy organizacyjnej, w jakiej działa) działalności leczniczej na zasadach określonych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, z późn. zm.). DPS będzie mógł wystąpić do wojewody, jako organu prowadzącego rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą z wnioskiem o wpis do ww. rejestru. DPS zostanie wpisany do ww. rejestru i będzie mógł podjąć działalność leczniczą po spełnieniu warunków wykonywania działalności leczniczej tj.: 1. dysponowaniu odpowiednimi pomieszczeniami i urządzeniami; 2. zatrudnianiu osób wykonujących zawód medyczny, np. pielęgniarek; 3. stosowaniu wyrobów medycznych; 4. zawarciu umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w związku z prowadzeniem podmiotu leczniczego. W projektowanych przepisach przewidziano, że DPS będący podmiotem leczniczym będzie udzielał ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Świadczenia te byłyby wykonywane w ambulatorium będącym zakładem leczniczym DPS. Ponadto ze względu na okoliczność, że regulacje dotyczące zasad kierowania DPS-em (działającym w formie jednostki budżetowej) oraz sposobu wyłaniania i zatrudniania kierownika są uregulowane w ustawie z dnia 12 kwietnia 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.) zaproponowano wyłączenie stosowania niektórych przepisów ustawy z		
--	--	---	--	--

			dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (art. 46 ust. 2–4, 47 i art. 49 ustawy dotyczące wymagań kwalifikacyjnych dla kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, podstaw zatrudniania kierownika oraz podejmowania przez niego innego zatrudnienia). Ponadto zaproponowano wyłączenie przepisu art. 48 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, który dotyczy rady społecznej. Projektowane przepisy przewidują, że do średniomiesięcznego kosztu utrzymania w domu pomocy społecznej nie będą wliczane koszty utworzenia podmiotu leczniczego oraz wykonywania działalności leczniczej przez dom pomocy społecznej. Po wprowadzeniu omawianych zmian DPS będzie mógł być świadczeniodawcą w rozumieniu przepisów 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.), zawierać umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, na podstawie których będzie udzielał świadczeń opieki zdrowotnej dla swoich mieszkańców. Ponadto projektowane przepisy „pośrednio” (DPS jako podmiot leczniczy) uregulują status prawny pielęgniarek zatrudnionych obecnie w DPS.		
01.07.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 81/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 30 czerwca 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalnego oraz	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.) i nowelizuje zarządzenie Nr 1/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalnego oraz leczenia szpitalnego – świadczenia wysokospecjalistyczne. Wprowadzane zmiany obejmują: 1) implementację taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego – świadczenia wysokospecjalistyczne obejmujących operacje wad serca i aorty piersiowej, zgodnie z obwieszczeniem Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z 4 kwietnia 2022 r. (załącznik nr 1ws do zarządzenia); 2) zmianę mechanizmu rozliczania leczenia guza olbrzymiokomórkowego kości w przypadku dorosłych i młodzieży z dojrzałym układem kostnym, u których występuje guz nieoperacyjny lub u których zabieg chirurgiczny może spowodować ciężkie okaleczenie (ICD-10: D48.0), w tym celu w załączniku nr 1b do zarządzenia utworzono produkt rozliczeniowy: 5.52.01.0001557 Pobyt do podania leku w leczeniu guza	Wejście w życie 1 lipca 2022 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/354/Zarz%C4%85dzenie-81_2022_DSOZ

		leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne	olbrzymiokomórkowego kości(wartość 100 pkt), który podlega sumowaniu z utworzonym w załączniku nr 1c do zarządzenia produktem: 5.53.01.0001553 Koszt produktu leczniczego stosowanego w leczeniu guza olbrzymiokomórkowego kości (oba produkty udostępniono w trybie hospitalizacji oraz ambulatoryjnym);3) w załączniku nr 3b: w pakiecie – hospitalizacja: poprawiono kod zakresu ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja - pakiet onkologiczny, było: 03.4580.930.0 winno być: 03.4580.930.02 oraz dodano zakres chirurgia onkologiczna - hospitalizacja - pakiet onkologiczny i grupę J33 Średnie zabiegi skórne (procedura: 86.4 Radykalne wycięcie zmiany skóry);4) w załączniku nr 9: dokonano przeniesienia procedury 54.59 Inne usunięcie zrostów otrzewnowych z grupy F42 Duże zabiegi jamy brzusznej do grupy F44 Diagnostyczne i lecznicze zabiegi jamy brzusznej, jednocześnie w grupie F43E Średnie i endoskopowe lecznicze zabiegi jamy brzusznej > 65 r.ż. oraz w grupie F43F Średnie i endoskopowe lecznicze zabiegi jamy brzusznej < 66 r.ż. dodano procedury: 54.52 Usunięcie zrostów otrzewnowych - laparoskopowo (z rozszerzeniami).Skutek finansowy dla wprowadzonych zmian tariff wynosi 37,4 mln zł. Dla pozostałych zmian skutek finansowy nie jest możliwy do oszacowania. 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 2022 r. poz. 787 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, Krajowa Izba Fizjoterapeutów) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach. W toku konsultacji opinie przedstawiło pięć podmiotów, przy czym trzy nie odnosiły się do przedmiotu przedłożonego projektu. wobec czego nie zostały uwzględnione w ostatecznym kształcie zarządzenia. Pozostałe podmioty nie zgłosiły żadnych uwag. Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2022 r.		
--	--	--	--	--	--

01.07.2022	Ustawa	Ustawa z dnia 8 czerwca 2022 r. o zmianie ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa oraz niektórych innych ustaw	Dofinansowanie obywateli Ukrainy do nauki języka polskiego dla osób posiadających dyplom o którym mowa w ustawie o zawodach pielęgniarki. Wniosek o dofinansowanie składa okręgowa izba pielęgniarek i położnych przez okres 30 dni od dnia wejścia w życie ustawy. Wysokość dofinansowanie to 3 000 zł na jedną osobę.	Wejście w życie od dnia 1 lipca 2022 r. z mocą od dnia 24 lutego 2022 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000138301.pdf
30.06.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 80/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 29 czerwca 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie umów o realizację programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”	Niniejsze zarządzenie wprowadza zmiany w zarządzeniu Nr 109/2021/BPZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 czerwca 2021 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” (z późn. zm.). Zmiana w ww. zarządzeniu związana jest z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” (Dz. U. poz. 1354), mocą którego przedłużono okres trwania programu pilotażowego do 31 grudnia 2022 r. Niniejsze zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia określonego w art. 48e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.) i jest zgodne ze Strategią Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 realizując założenia celu nr 2.4 „Zwiększenie zakresu działań profilaktycznych”.	Wejście w życie 30 czerwca 2022 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/350/Zarz%C4%85dzenie-80_2022_DSOZ
30.06.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 79/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 29 czerwca	Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna 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 o świadczeniach”. Przedmiotowa regulacja określona była dotychczas w zarządzeniu Nr 160/2021/DSOZ Prezesa Narodowego	Wejście w życie 1 lipca 2022 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/349/Zarz%C4%85dzenie-79_2022_DSOZ

		2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna	Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (z późn. zm.), która zgodnie z § 59 zarządzenia, z dniem wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia, utraci moc obowiązującą. Zmiany dokonane w niniejszym zarządzeniu obejmują: 1) aktualizację nazwy zarządzenia poprzez zamianę słowa „zakresu” na „rodzaj” zgodnie z rodzajem przedmiotu zarządzenia, 2) aktualizację definicji zawartych w § 2 zarządzenia, 3) zmiany dotyczące realizacji zadań związanych z wykonaniem programu profilaktyki ChUK zaimplementowane rozporządzeniem z dnia 24 września 2013 r. Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 540, z późn. zm.): - w załączniku nr 1 dodano wartość jednostki rozliczeniowej dla świadczeń realizowanych przez pielęgniarkę wynikającą z realizacji profilaktyki ChUK. - załącznik nr 4 uległ stosownej modyfikacji w związku z nowelizacją wytycznych ESC 2021 dotyczących prewencji chorób układu sercowo - naczyniowego w praktyce klinicznej, - w rozdziale 6 wprowadzono nowy kwartalny i roczny dodatek motywacyjny dla świadczeniodawców realizujących świadczenia zdrowotne w ramach profilaktyki ChUK związany z poziomem ich wykonania. 4) wdrożenie współczynnika korygującego związanego z polepszeniem jakości i zwiększeniem dostępności do udzielanych świadczeń. Wprowadzona zmiana została wprowadzona w związku z pismem Ministra Zdrowia z dnia 15 czerwca znak: ZPM.0210.12.2022 oraz przedłużenia do dnia 31 grudnia 2022 r. programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” uregulowanego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” (Dz. U. z 2021 r. poz. 108, z późn. zm.), w rozdziale 14 zarządzenia, zgodnie z § 16 ust. 2 Ogólnych warunków umów, wprowadzono regulacje dotyczące kwartalnego współczynnika korygującego wyrażonego kwotowo dla świadczeniodawców realizujących świadczenia w ramach umów lekarza poz. Za każde 100 osób, które wypełniły ankietę i zrealizowały badania w ramach programu „Profilaktyka 40 PLUS” świadczeniodawca otrzyma 2200 zł. Współczynnik korygujący będzie obowiązywał do dnia 31 grudnia 2022 roku, 5) w § 15 zarządzenia uszczegółowiono sposób finansowania i rozliczania świadczeń wynikający z wprowadzenia budżetu powierzonego w związku z wejściem w życie zmiany rozporządzenia		
--	--	---	--	--	--

			Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 1293), w załączniku nr 1 oraz załączniku nr 21 do zarządzenia dodano świadczenia – dodatkowe badania wynikające z załącznika nr 1 część IV a do rozporządzenia MZ.6) w § 16 wskazano kryteria brane pod uwagę przy ustalaniu wysokości budżetu powierzonego, w tym przy ustalaniu budżetu po raz pierwszy dla świadczeniodawcy. Zmieniony został wzór umowy w szczególności we wzorze umowy (stanowiącym załącznik nr 2 do zarządzenia) wprowadzono nowy załącznik - Plan rzeczowo - finansowy, zawierającego kwotę zobowiązania, zgodnie z art. 159 ust. 2c ustawy o świadczeniach oraz zawiera dane dotyczące okresu rozliczeniowego na który została ustalona.7) wprowadzenie korekt o charakterze porządkowym (m.in. nadaniu nowej numeracji załącznikom do zarządzenia, aktualizacji tzw. metryk).Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Skutek finansowy dla wprowadzanych niniejszym zarządzeniem zmian na okres 1 lipca 2022 r. do 31 grudnia 2022 r. oszacowano na 95 143 578,25 zł. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 lipca 2022 r.		
30.06.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych	Opracowanie przedmiotowego projektu zostało podyktowane potrzebą zapewnienia ciągłości realizacji badań przesiewowych w kierunku wykrycia raka jelita grubego. Dotychczas program był realizowany na podstawie Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, zastąpionego przez Narodową Strategię Onkologiczną – NSO. Zgodnie z tym dokumentem (obszar 3 Inwestycje w pacjenta – Prewencja Wtórna; działanie 11.4) – od 2022 r. kolonoskopię przesiewową są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „NFZ”. Założeniem i celem programu badań przesiewowych raka jelita grubego, jest poprawa jakości i efektywności wykrycia nowotworu jelita grubego u świadczeniobiorców. Potrzeba wdrożenia programu badań przesiewowych raka jelita grubego do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 2209) wynika z zachodzących w Rzeczypospolitej Polskiej zmian demograficznych, m.in.: przyrostu	Wejście w życie 30 czerwca 2022 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000136601.pdf

		odsetka osób w wieku starszym, zwiększenia przeciętnej długości życia oraz wieloletnich rosnących trendów zapadalności na raka jelita grubego, co prognozuje dalszy przyrost zachorowań na nowotwory tego narządu. Zjawiska te wymuszają konieczność objęcia profilaktycznymi badaniami kolonoskopowymi jak największego odsetka osób kwalifikujących się do programów badań przesiewowych, stąd świadczenia w programie będą realizowane dla świadczeniobiorców, którzy zgłoszą się do świadczeniodawców realizujących program, spełniających enumeratywnie określone kryteria kwalifikacji. Konieczność realizacji świadczeń w systemie opieki zdrowotnej potwierdzają także analizy publikowane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), które wykazują, że nowotwory złośliwe w 2030 r. będą stanowiły na świecie główną przyczynę zgonów. Pomimo rozwijających się w kraju specjalistycznych ośrodków onkologicznych, realizacji Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych zastąpionego przez Narodową Strategię Onkologiczną – NSO i coraz liczniejszych programów lekowych, zjawisko to dotyczyć będzie również Rzeczypospolitej Polskiej. Rak jelita grubego stanowi obecnie drugą pozycję (po raku płuca) wśród wszystkich zachorowań na nowotwory w populacji polskiej i drugą w grupie onkologicznych przyczyn zgonów. Wykonanie badania przesiewowego będzie polegało na realizacji pełnej kolonoskopii z uwidocznieniem dna kątnicy i proksymalnego fałdu zastawki Bauhina u świadczeniobiorców w wieku: 1) 50–65 lat, 2) 40–49 lat, którzy posiadają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano nowotwór jelita grubego. Przy czym podstawowe kryteria wyłączenia wskazano jako: 1) objawy kliniczne sugerujące istnienie raka jelita grubego; 2) kolonoskopia w ostatnich 10 latach. Wprowadzenie racjonalnych rozwiązań w organizacji opieki zdrowotnej nad tą grupą świadczeniobiorców, mających na celu zapewnienie ciągłości, koordynacji a także należytej jakości opieki nad tymi pacjentami umożliwi sprawdzenie efektywności tej opieki. Oczekiwanym efektem programu badań przesiewowych raka jelita grubego jest oprócz prostoty organizacyjnej (jedno badanie na 10 lat) możliwość usuwania polipów jelita grubego, które uznawane są za stany prekursorowe dla raka jelita grubego. Kolonoskopia przesiewowa zapewni nie tylko spadek umieralności dzięki możliwości wykrywania		
--	--	--	--	--

			wczesnych bezobjawowych postaci raka, ale także spadek zapadalności – czyli liczby nowych nowotworów w przyszłości dzięki usuwaniu polipów. Utrzymanie ciągłości realizacji działań a także nadzoru nad jakością udzielanych świadczeń, umożliwi osiągnięcie dalszych pozytywnych skutków dla pacjentów i systemu ochrony zdrowia.		
30.06.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej	Projekt rozporządzenia został przygotowany na podstawie delegacji zawartej w art. 159 ust. 2b pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którą umowy o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zawierają dodatkowe środki przeznaczone na zapewnienie koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą z uwzględnieniem innych zakresów świadczeń (budżet powierzony). Zespół ds. zmian w podstawowej opiece zdrowotnej rekomendował dodanie i finansowanie w ramach budżetu powierzonego, następujących badań diagnostycznych: 1. Badania biochemiczne i immunochemiczne: 1) ferrytyna; 2) witamina B12; 3) kwas foliowy; 4) anty-CCP; 5) CRP - szybki test ilościowy (populacja do ukończenia 6 r.ż.); 6) przeciwciała anty-HCV. 2. Badania kału: 1) antygen H. pylori w kale. 3. Badania mikrobiologiczne: 1) Strep-test. Oczekuje się, że dzięki wprowadzanym zmian lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) uzyskają możliwość podjęcia leczenia bez konieczności konsultacji specjalistycznych (badania różnicujące przyczyny niedokrwistości), wykonywania badań inwazyjnych (test w kierunku <i>Helicobacter Pylori</i>), jak również zyskają możliwość wcześniejszego podjęcia decyzji kierunkowej o skierowaniu do leczenia specjalistycznego.	Wejście w życie 1 lipca 2022 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000135501.pdf
30.06.2022	Ustawa	Ustawa z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie	Grupa zawodowa pielęgniarek i położnych oraz nowe współczynniki pracy Nowelizacja ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, na nowo określiła grupy zawodowe według kwalifikacji	Wejście w życie 29 czerwca 2022 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000135201.pdf

		ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw	wymaganych na zajmowanym stanowisku oraz przyporządkowuje im nowe współczynniki pracy. Zgodnie z przyjętą ustawą w tabeli zawarto następujące grupy pielęgniarek i położnych : 1) pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem magister położnictwa z wymaganą specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia – ze współczynnikiem pracy 1,29 co daje 7304 zł, 2) pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem magister położnictwa pielęgniarka, położna wymagająca wyższego wykształcenia (może być licencjat) i specjalizacją albo ze średnim wykształceniem i specjalizacją – 1,02 co daje 5775 zł, 3) pielęgniarka, położna, posiadająca wykształcenie wyższe (studia I stopnia- licencjat) lub pielęgniarka, położna posiadająca wykształcenie średnie – 0, 94 co daje 5322 zł, Podwyższenie wynagrodzeń nastąpi od 1 lipca 2022 roku		
30.06.2022	Ustawa	Ustawa z dnia 12 maja 2022 r. o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz ustawy o zawodzie farmaceuty	Farmaceuta podczas i w związku z wykonywaniem w aptece ogólnodostępnej lub punkcie aptecznym czynności, o których mowa w art. 4 ust. 2 oraz ust. 3 pkt 1, 3, 4 i 6, korzysta z ochrony przewidzianej dla funkcjonariusza publicznego na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1138).”.	Wejście w życie 11 lipca 2022 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000134401.pdf
30.06.2022	Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 26 maja 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji i	ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2016 r. w sprawie specjalizacji i uzyskiwania tytułu specjalisty przez diagnostów laboratoryjnych		https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000133801.pdf

		uzyskiwania tytułu specjalisty przez diagnostów laboratoryjnych			
30.06.2022	Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie biegłych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu	Konieczność wprowadzenia zmian wynika z wejścia w życie w dniu 6 kwietnia 2022 r. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. poz. 744), które wprowadziło nową specjalizację w dziedzinie psychoterapii uzależnień Biorąc pod uwagę zakres wiedzy i umiejętności specjalistów w dziedzinie psychoterapii, rozporządzenie wymaga uzupełnienia o osoby posługujące się tytułem specjalisty w tej dziedzinie. W związku z powyższym proponuje się nadanie nowego brzmienia § 3 ust. 1 rozporządzenia, uzupełniając ten przepis o specjalistów w dziedzinie psychoterapii uzależnień oraz zmieniając redakcję tego przepisu, co przyczyni się do poprawienia jego czytelności. Zaproponowano również nowe brzmienie § 5 ust. 1 rozporządzenia wskazując, że opinię w przedmiocie uzależnienia od alkoholu mogą wydać wspólnie, po przeprowadzonych badaniach, psychiatra i specjalista w dziedzinie psychoterapii uzależnień.	Konsultacje publiczne	https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12361200/12889302/12889303/dokument562307.pdf
05.05.2022	Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie kursu reedukacyjnego w zakresie problematyki przeciwalkoholowej i przeciwdziałania narkomanii oraz szczegółowych warunków i trybu kierowania	Projektowane rozporządzenie zmienia wysokości opłaty za kurs reedukacyjny w zakresie problematyki przeciwalkoholowej i przeciwdziałania narkomanii, o którym mowa w art. 98a ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami. Zmiana wysokości opłaty jest podyktowana wzrastającymi kosztami związanymi z organizacją kursu reedukacyjnego, wzrostem stawek prowadzących ten kurs, w tym wzrostem płacy minimalnej, oraz wysokości składek na ubezpieczenie społeczne oraz zapewnieniem materiałów dydaktycznych. Podniesienie opłaty za kurs reedukacyjny do maksymalnej wysokości jest dopuszczone przez ustawę z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami. Projektowane rozporządzenie zawiera zmianę wysokości opłaty za kurs reedukacyjny, która obecnie wynosi 400 zł. Zgodnie z upoważnieniem ustawowym zawartym w ustawie z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami, minister właściwy do spraw zdrowia określa wysokość tej opłaty, która nie może przekroczyć 500 zł. Biorąc pod uwagę wysokość kosztów rzeczowych i osobowych	Konsultacje społeczne	https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12359400/12876702/12876703/dokument553689.pdf

		na badania lekarskie lub badania psychologiczne w zakresie psychologii transportu	związanych z przeprowadzeniem kursu reedukacyjnego w zakresie problematyki przeciwalkoholowej i przeciwdziałania narkomanii opłatę określono w wysokości 500 zł.		
05.05.2022	Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu substancji czynnych wchodzących w skład produktów leczniczych, które mogą być dopuszczone do obrotu w placówkach obrotu pozaaptecznego oraz punktach aptecznych oraz kryteriów klasyfikacji tych produktów do poszczególnych wykazów	W następstwie publikacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2021 r. w sprawie wykazu substancji czynnych wchodzących w skład produktów leczniczych, które mogą być dopuszczone do obrotu pozaaptecznego oraz punktów aptecznych, oraz kryteriów klasyfikacji tych produktów do poszczególnych wykazów, podmioty których bezpośrednio dotyczą przedmiotowe regulacje kierowały zastrzeżenia i uwagi do przepisów, wskazując m.in. na błędy w nazwach łacińskich czy także wnioski o uwzględnienie dodatkowych pozycji w danych wykazach. Wobec zasadności niektórych uwag, projektodawca uznał konieczność zmiany przedmiotowego rozporządzenia. Wprowadzenie zmian w: - załączniku nr 1 do rozporządzenia: w części ogólnej oraz w tabeli nr 3 Roślinne materiały wyjściowe służące do wytworzenia substancji czynnych roślinnych wchodzących w skład produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu w punktach aptecznych. Substancje czynne roślinne mogą występować w postaci przetworów roślinnych lub w ich zestawieniach; - załączniku nr 2 do rozporządzenia: w tabeli nr 1 Roślinne materiały wyjściowe służące do wytworzenia substancji czynnych roślinnych wchodzących w skład produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu w sklepach zielarsko-medycznych. Substancje czynne roślinne mogą występować w postaci przetworów roślinnych lub w ich zestawieniach, tabeli nr 2 Wykaz substancji dopuszczonych do obrotu w sklepach zielarsko-medycznych, które mogą występować w połączeniu z jednym surowcem roślinnym lub większą liczbą tych surowców, lub ich przetworami, o ile spełniają wymagania zawarte w tabeli nr 3 oraz w tabeli nr 3 Wymagania w zakresie składu, postaci farmaceutycznej, mocy i zawartości substancji czynnych w opakowaniu produktu leczniczego lub wielkości opakowania produktu leczniczego dla produktów leczniczych, które mogą być dopuszczone do obrotu w sklepach zielarsko-medycznych; - załączniku nr 3 do rozporządzenia: w tabeli nr 1 Wykaz substancji,	Konsultacje społeczne	https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12359358/katalog/12876577#12876577

			które mogą występować w produktach leczniczych dopuszczonych do obrotu w sklepach ogólnodostępnych oraz sklepach specjalistycznych zaopatrzenia medycznego oraz w tabeli nr 2 Wymagania w zakresie składu, postaci farmaceutycznej, mocy i zawartości substancji czynnych w opakowaniu produktu leczniczego lub wielkości opakowania produktu leczniczego dla produktów leczniczych, które mogą być dopuszczone do obrotu w sklepach ogólnodostępnych oraz sklepach specjalistycznych zaopatrzenia medycznego. Zmiany obejmują aktualizację wykazów substancji czynnych wchodzących w skład produktów leczniczych, które mogą być dopuszczone do obrotu w placówkach obrotu pozaaptecznego oraz punktach aptecznych oraz kryteria klasyfikacji do poszczególnych wykazów.		
05.05.2022	Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie warunków wynagradzania za pracę pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej	Projektowane rozporządzenie zmienia rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2014 r. w sprawie warunków wynagradzania za pracę pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej (Dz. U. z 2020 r. poz. 4 i 1209), wykonujące upoważnienie zawarte w art. 88 ust. 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Zmiana rozporządzenia wprowadza modyfikację miesięcznych stawek wynagrodzenia zasadniczego określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia oraz zmianę w załączniku nr 2 do rozporządzenia w części I „Pracownicy wykonujący zawód medyczny oraz inni pracownicy, których praca pozostaje w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych” polegającą na nadaniu nowego brzmienia w Lp. 4 tiret piątemu. Wzrost minimalnych kwot miesięcznych stawek wynagrodzenia zasadniczego (lewa strona kolumny) jest niezbędny dla zapewnienia pracownikom podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej od dnia 1 stycznia 2022 r. wynagrodzenia zgodnego z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 14 września 2021 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej w 2022 r. (Dz. U. z 2021 r. poz. 1690), które wynosi 3010 zł. Ponadto, w odniesieniu do pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej podległych Ministrowi Sprawiedliwości, celem zmiany przedmiotowego rozporządzenia jest dostosowanie miesięcznych stawek wynagrodzenia zasadniczego do zmian wynikających z podwyżki wynagrodzeń wynikającej ustawy z dnia 17 grudnia 2021 r. o ustanowieniu „Programu Modernizacji Policji, Straży Granicznej,	Konsultacje publiczne	https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12359308/12876006/12876007/dokument553258.pdf

		Państwowej Straży Pożarnej i Służby Ochrony Państwa w latach 2022–2025”, o ustanowieniu „Programu Modernizacji Służby Więziennej w latach 2022–2025” oraz o zmianie ustawy o Policji i niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2448). Jak wynika z art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. z 2020 r. poz. 2207) wysokość wynagrodzenia pracownika zatrudnionego w pełnym miesięcznym wymiarze czasu pracy nie może być niższa od wysokości minimalnego wynagrodzenia. Przy obliczaniu wysokości wynagrodzenia pracownika nie uwzględnia się przysługujących pracownikowi: nagrody jubileuszowej, odprawy pieniężnej przysługującej pracownikowi w związku z przejściem na emeryturę lub rentę z tytułu niezdolności do pracy, wynagrodzenia za pracę w godzinach nadliczbowych, dodatku do wynagrodzenia za pracę w porze nocnej, dodatku za staż pracy. Powyższe oznacza, że z punktu widzenia przepisów o powszechnej płacy minimalnej istotna jest wysokość przysługującego pracownikowi wynagrodzenia zasadniczego jako podstawowego składnika wynagrodzenia. Projektowane rozporządzenie uwzględnia również ustalenia przyjęte przez stronę rządową, reprezentatywne związki zawodowe oraz organizacje pracodawców na forum Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia w stanowisku z dnia 5 listopada 2021 r. Zespół zdecydował o potrzebie pilnego rozpoczęcia prac legislacyjnych nad uzgodnionymi propozycjami zmian współczynników pracy określonych w załączniku do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1801). Projekt ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (UD366) wraz z uzasadnieniem i Oceną Skutków Regulacji w dniu 1 kwietnia został przekazany do uzgodnień i konsultacji publicznych z terminem zgłaszania uwag do dnia 18 kwietnia 2022 r. Celem zmiany przedmiotowego rozporządzenia jest dostosowanie miesięcznych stawek wynagrodzenia zasadniczego określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2014 r. w sprawie warunków wynagradzania za pracę pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej, w tym tych podległych Ministrowi Sprawiedliwości, do zmian		
--	--	---	--	--

		wynikających z: 1) rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 14 września 2021 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej w 2022 r. (Dz.U. poz. 1690) i wynikającego z przedmiotowego aktu prawnego wzrostu minimalnego wynagrodzenia za pracę do kwoty 3 010 zł; 2) podwyżki wynagrodzeń wynikającej ustawy z dnia 17 grudnia 2021 r. o ustanowieniu „Programu Modernizacji Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Ochrony Państwa w latach 2022–2025”, o ustanowieniu „Programu Modernizacji Służby Więziennej w latach 2022–2025” oraz o zmianie ustawy o Policji i niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2448). Rozporządzenie zmieniające przewiduje podniesienie minimalnych stawek wynagrodzenia zasadniczego określonych w załączniku nr 1 do zmienianego rozporządzenia (lewa strona kolumny) oraz podwyższenie maksymalnych stawek wynagrodzeń zasadniczych (prawa strona kolumny). Zgodnie z załącznikiem do projektu, minimalne stawki wynagrodzenia zasadniczego we wszystkich kategoriach zaszeregowania zostały podwyższone o jednakową wartość 210 zł, natomiast maksymalne stawki wynagrodzenia zasadniczego zostały podwyższone o kwotę od 710 zł do kwoty 2 470 zł w poszczególnych kategoriach zaszeregowania. Minimalne kwoty wynagrodzenia zasadniczego w kategoriach od I do XX będą wynosiły od 2810 zł do 3190 zł, natomiast maksymalne kwoty wynagrodzenia zasadniczego będą wynosiły od 3550 zł do 9250 zł. Oznacza to wzrost wynagrodzenia zasadniczego (prawa strona kolumny) w poszczególnych kategoriach zaszeregowania o około 25% - w kategoriach zaszeregowania I i II, o około 27% w kategoriach III, IV i IX, o około 29% w kategorii V i XVI, o około 30% - w VI i X kategorii zaszeregowania, o około 36% w VII kategorii zaszeregowania, o około 31% w VIII kategorii zaszeregowania, o około 53% w XI kategorii zaszeregowania (najwyższy wzrost), o około 48% w XII kategorii zaszeregowania, o około 51% w XIII kategorii zaszeregowania, o około 40% w XIV kategorii zaszeregowania, o około 35% w XV kategorii zaszeregowania, o około 23% w XVII kategorii zaszeregowania oraz o około 15% w kategoriach zaszeregowania od XVIII do XX. W odniesieniu do pracowników Służby Więziennej, celem zmiany		
--	--	--	--	--

		przedmiotowego rozporządzenia w zakresie tabeli miesięcznych stawek wynagrodzenia zasadniczego jest: 1) dostosowanie stawek wynagrodzenia zasadniczego do obowiązującej od 1 lipca 2021 r. ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, w tym, tych podległych Ministrowi Sprawiedliwości, 2) dokonanie wzrostu wynagrodzeń pracowników wynikającego ze wzrostu minimalnego wynagrodzenia za pracę o 210 zł w stosunku do roku 2021, 3) zwiększenia funduszu wynagrodzeń osobowych dla pracowników państwowej sfery budżetowej na poziomie 4,4% – w średniej miesięcznej wysokości 230 zł brutto na etat od 1 stycznia 2022 r. oraz 4) podwyżki wynagrodzeń wynikającej ustawy o ustanowieniu „Programu Modernizacji Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej Służby Ochrony Państwa w latach 2022-2025”, o ustanowieniu „Programu Modernizacji Służby Więziennej w latach 2022-2025” oraz o zmianie ustawy o Policji i niektórych innych ustaw w średniej miesięcznej w wysokości 328 zł brutto na etat. Wobec powyższego proponuje się nowe minimalne oraz maksymalne stawki wynagrodzenia zasadniczego przypisane do poszczególnych kategorii zaszeregowania. Podwyższenie górnych pułapów miesięcznych stawek wynagrodzeń zasadniczych, tak jak w załączniku nr 1 do projektowanego rozporządzenia (prawa strona kolumny) pozwoli nie tylko na dostosowanie miesięcznych stawek wynagrodzenia zasadniczego pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej do stawek wynagrodzeń zasadniczych obowiązujących od dnia 1 lipca 2021 r. na mocy ustawy z dnia 28 maja 2021 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1104), ale również pozwoli na ustalenie od dnia 1 lipca 2022 r. wynagrodzeń zasadniczych zgodnych z podwyższonymi współczynnikami pracy określonymi w załączniku do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r., a ustalonymi w stanowisku Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia z dnia 5 listopada 2021 r., po nadaniu im mocy wiążącej na ścieżce legislacyjnej (w wyniku nowelizacji ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie		
--	--	---	--	--

			ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych). Zmiana w załączniku nr 2 ma charakter techniczny i porządkujący. W załączniku nr 2 do rozporządzenia w części I „Pracownicy wykonujący zawód medyczny oraz inni pracownicy, których praca pozostaje w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych” w Lp. 4 w tiret piątym wykreśla się „specjalistę terapii uzależnień” oraz dodaje „specjalistę w dziedzinie psychoterapii uzależnień”. Powyższe jest podyktowane zmianami w zakresie systemu prowadzenia szkoleń w dziedzinie uzależnienia i uzyskiwania tytułu specjalisty, które obowiązują od dnia 1 stycznia 2022 r. na mocy przepisów ustawy z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2469).		
05.05.2022	Rozporządzenie	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”, polega na rozszerzeniu programu pilotażowego o kolejnych realizatorów. Podczas wyboru nowych realizatorów pilotażu spełnione zostało kryterium zawarte w art. 48b ust. 1a pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”. Wyboru realizatorów programu pilotażowego dokonano zgodnie z art. 48e ust. 4 w związku z art. 48b ust. 1 ustawy. Mając na uwadze konieczność przeprowadzenia programu pilotażowego proponowanych rozwiązań organizacyjnych i finansowych przede wszystkim w sposób bezpieczny dla pacjentów Minister Zdrowia rozpoczął proces wyłaniania kolejnych realizatorów do rozszerzenia w dniu 1 lipca 2021 r. Odnosząc się do kwestii rozszerzenia programu pilotażowego w dniu 1 lipca 2021 r. minister właściwy do spraw zdrowia zwrócił się do kierowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie opieki psychiatrycznej wyrażających dotychczas chęć wzięcia udziału w programie pilotażowym z informacją o rozpoczęciu procesu kwalifikacji do rozszerzenia programu pilotażowego. Proces kwalifikacji odbył się w sposób analogiczny do procesu przeprowadzonego w 2017 r. i 2019 r. Za kwestię koordynacji i monitorowania pilotażu odpowiedzialne jest Biuro do Spraw Pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego utworzone w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.	Skierowanie aktu do ogłoszenia	

			Wskazać jednakże należy, że zgodnie z treścią § 28 rozporządzenia, świadczeniodawcy wymienieni w wykazie określonym w załączniku nr 1 do rozporządzenia, aby uzyskać status realizatora programu pilotażowego, muszą spełnić dodatkowy warunek w postaci zawarcia umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w § 5 rozporządzenia.		
05.05.2022	Rozporządzenie	Projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie podmiotów uprawnionych do zakupu produktów leczniczych w hurtowniach farmaceutycznych	Rozwiązany jest problem zbyt wąskiego spektrum produktów leczniczych, jakie na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2022 r. w sprawie podmiotów uprawnionych do zakupu produktów leczniczych w hurtowniach farmaceutycznych (Dz. U. poz. 852) zwanego dalej „zmienianym rozporządzeniem”, mają nabywać podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w związku z wymogiem posiadania apteki szpitalnej albo działu farmacji szpitalnej sformułowanym w zmienianym rozporządzeniu. Zgodnie ze zmienianym rozporządzeniem w jego aktualnej treści, aby móc nabywać produkty lecznicze w pełnym zakresie, podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w ww. rodzaju, musi posiadać w swojej strukturze jedną z ww. komórek organizacyjnych. Jednocześnie, w związku ze zmniejszaniem wymagań dla ww. kategorii podmiotów, nieuzasadnione staje się również utrzymywanie dotychczas przewidzianych w zmienianym rozporządzeniu wymagań dla podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Konieczne jest zatem wyeliminowanie nierówności w tym zakresie. Rozwiązany jest problem aktualnego braku precyzyjnego wskazania w zmienianym rozporządzeniu, czy podmioty wykonujące działalność leczniczą mogą nabywać leki wydawane bez przepisu lekarza (OTC). Rozwiązany jest również problem braku rozstrzygnięcia w zmienianym rozporządzeniu, czy podmioty, takie jak podmioty lecznicze, lekarze, lekarze dentyści, lekarze weterynarii oraz zakłady lecznicze dla zwierząt, wymienione w art. 42 ust. 1 lub 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2020 r. poz. 2050 i z 2021 r. poz. 2469) z racji uprawnienia do stosowania wymienionych tam środków odurzających lub substancji psychotropowych na podstawie stosownego zezwolenia wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, mają prawo nabywać produkty lecznicze zawierające te środki lub substancje w hurtowniach farmaceutycznych. Rozwiązany jest również problem dotychczasowego braku	Konsultacje społeczne	https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12359258/12875710/12875711/dokument553077.pdf

			wskazania w przepisach prawa możliwości nabywania przez podmioty odpowiedzialne produktów leczniczych wykorzystywanych przez nie do działalności badawczo-rozwojowej polegającej np. na opracowywaniu własnych produktów leczniczych. Rekomendowanym rozwiązaniem jest zniesienie wymogu posiadania apteki szpitalnej albo działu farmacji szpitalnej przez podmiot leczniczy określony w sekcji 1 niniejszej OSR, aby miał on możliwość nabywania w hurtowniach farmaceutycznych produktów leczniczych w pełnym zakresie. W konsekwencji znoszony jest również ten sam wymóg dla podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Ponadto wprowadza się możliwość zakupu produktów leczniczych o kategorii dostępności OTC niektórym kategoriom podmiotów wymienionych w zmienianym rozporządzeniu, w szczególności podmiotom wykonującym działalność leczniczą. Wprowadza się również możliwość aby podmioty lecznicze, lekarze, lekarze dentyści, lekarze weterynarii oraz zakłady lecznicze dla zwierząt, wymienione w art. 42 ust. 1 lub 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2020 r. poz. 2050 i z 2021 r. poz. 2469) z racji uprawnienia do stosowania wymienionych tam środków odurzających lub substancji psychotropowych na podstawie stosownego zezwolenia wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, miały prawo nabywać produkty lecznicze zawierające te środki lub substancje w hurtowniach farmaceutycznych. Rekomendowanym rozwiązaniem jest także przyznanie podmiotom odpowiedzialnym możliwości zakupu w hurtowniach farmaceutycznych produktów leczniczych wykorzystywanych przez te podmioty w ich własnej działalności badawczo-rozwojowej, obok dotychczas usankcjonowanej w zmienianym przepisie działalności podmiotu leczniczego, polegającej na prowadzeniu badania klinicznego w charakterze sponsora tego badania. Możliwość ta zostaje przy tym ograniczona w drodze stosownego oświadczenia do zakresu i rodzaju produktów leczniczych, których zakupu jest immanentnie związany z daną działalnością badawczo-rozwojową.		
05.05.2022	Rozporządzenie	Projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego	Procedowana zmiana ma na celu rozwiązanie problemu związanego z poziomem realizacji świadczeń z zakresu profilaktyki chorób układu krążenia (ChUK) i dostępem do świadczeń. Koncepcję świadczenia opracował Zespół do spraw zmian w podstawowej opiece zdrowotnej, powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2021 r. w	Konsultacje społeczne	https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12359208/12875212/12875213/dokument552883.pdf

		rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej	sprawie powołania Zespołu do spraw zmian w podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 49). Do zadań Zespołu należy: 1) przygotowanie koncepcji zmian dotyczących działania podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej; 2) wypracowanie zmian w zakresie finansowania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej; 3) wypracowanie mechanizmu kształtowania wysokości stawki kapitałowej w odniesieniu do wskaźnika udziału teleporad we wszystkich poradach lekarskich. Rekomendowanym przez Zespół do spraw zmian w podstawowej opiece zdrowotnej rozwiązaniem jest: 1) poszerzenie grupy osób uprawnionych do świadczenia o populację z powyżej 55 do 65 roku życia; 2) ułatwienie dostępu do świadczeń przez umożliwienie pielęgniarkom podstawowej opieki zdrowotnej realizacji programu ChUK; 3) uproszczenie warunków realizacji programu, w tym kryteriów kwalifikacji. Powyższe rozwiązania wpłyną na poszerzenie dostępności do świadczeń i tym samym zwiększy się poziom realizacji świadczeń programu profilaktyki chorób układu krążenia.		
05.05.2022	Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie sposobu podziału środków finansowych dla uczelni medycznych nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia	W związku z wejściem w życie art. 60 pkt 9 ustawy z dnia 16 kwietnia 2020 r. o szczególnych instrumentach wsparcia w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 (Dz. U. poz. 695, z późn. zm.), który nadał nowe brzmienie art. 238 ust. 18 ustawy z dnia 3 lipca 2018 r. – Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. poz. 1669, z późn. zm.) i przedłużył o 1 rok, tj. do dnia 31 grudnia 2022 r. okresu uwzględniania w algorytmach, o których mowa w art. 368 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce ustalonych w 2019 r. kategorii naukowych dla dyscyplin naukowych. Dlatego też istnieje konieczność zharmonizowania przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2019 r. w sprawie sposobu podziału środków finansowych dla uczelni medycznych nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia (Dz. U. poz. 1201) z powyższą zmianą. Środowisko akademickie zwraca uwagę, że składnik projektowy wzoru określającego sposób podziału subwencji nie uwzględnia istotnych projektów badawczych, które mogą być realizowane przez uczelnie medyczne. W szczególności w uchwale nr 5/2020 Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych z dnia 8 października	Konsultacje społeczne	https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12359203/12874997/12874998/dokument552793.pdf

		2020 r. proponowane jest wprowadzenie do algorytmu do składnika projektowego liczby projektów badawczych zlecanych uczelniom medycznym i finansowanych przez Agencję Badań Medycznych. Kolejną zmianą zawartą w projekcie rozporządzenia jest proponowane przez uczelnie medyczne uwzględnienie liczby lekarzy realizujących szkolenie specjalizacyjne w trybie pozarezydenckim we wzorze określającym podział dotacji na realizację zadań związanych z kształceniem podyplomowym w celu zdobycia specjalizacji (załącznik nr 2 do zmienianego rozporządzenia). Niezbędne jest podjęcie działań legislacyjnych polegających na nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie z dnia 21 czerwca 2019 r. w sprawie sposobu podziału środków w sprawie sposobu podziału środków finansowych dla uczelni medycznych nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia. W projektowanym rozporządzeniu zaproponowano: 1) przedłużenie o rok okresu obowiązywania przepisów ujętych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2019 r. w sprawie sposobu podziału środków finansowych dla uczelni medycznych nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia dotyczących uwzględniania w algorytmie podziału subwencji kategorii naukowych dyscyplin określonych dla uczelni medycznych ustalonych w 2019 r.; dzięki wprowadzonej zmianie przepisy zostaną zharmonizowane z nowym brzmieniem art. 238 ust. 18 ustawy z dnia 3 lipca 2018 r. – Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce; 2) wprowadzenie do algorytmu do składnika projektowego liczby projektów badawczych zlecanych uczelniom medycznym i finansowanych przez Agencję Badań Medycznych zostanie zrealizowane przez dodanie w opisie elementów wzoru składnika projektowego dla wyrazów definiujących Lkraj i Lzagri liczby projektów finansowanych przez Agencję Badań Medycznych; 3) uwzględnienie we wzorze podziału dotacji na realizację zadań związanych z kształceniem podyplomowym w celu zdobycia specjalizacji liczby lekarzy realizujących szkolenie specjalizacyjne w trybie pozarezydenckim zostanie zrealizowane poprzez dodanie do wzoru w załączniku nr 2 nowelizowanego rozporządzenia zmiennej Lpri. określającą liczbę tych lekarzy w Systemie Monitorowania Kształcenia.		
--	--	--	--	--

28.04.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 57/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 27 kwietnia 2022 r. w sprawie zmiany zarządzenia zmieniającego zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19	Konieczność zmiany zarządzenia Nr 35/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 marca 2022 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 wynika z polecenia Ministra Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2022 r., znak: DLU.736.131.2022.KB, zmieniającego polecenie Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2020 r. znak: SZUZ.736.150.2020.KB, w którym wydłużono do dnia 31 maja 2022 r. termin na przekazywanie dodatkowych środków pieniężnych na udzielone, do dnia 31 marca 2022 r., świadczenia opieki zdrowotnej związane z przeciwdziałaniem COVID-19, przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Przedmiotowym zarządzeniem, realizując ww. polecenie, dodano § 2a, określający termin na przekazanie dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia dokumentów rozliczeniowych za udzielone do dnia 31 marca 2022 r. świadczenia opieki zdrowotnej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, przez świadczeniodawców, którzy nie przekazali tych dokumentów w terminie określonym w § 2 zarządzenia Nr 35/2022/DSOZ. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.	Wejście w życie 28 kwietnia 2022 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/297/Zarz%C4%85dzenie-57_2022_DSOZ
28.04.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 55/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 25 kwietnia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów	Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”. Wydanie nowego zarządzenia, zastępującego zarządzenie Nr 22/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 stycznia 2021 r., wynika z konieczności wprowadzenia do stosowania taryfy określonej w obwieszczeniu Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 11 lutego 2022 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z obszaru świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki	Wejście w życie 1 maja 2022 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/296/Zarz%C4%85dzenie-55_2022_DSOZ

		w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	długoterminowej dla świadczeń obejmujących zespoły długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie. Zgodnie z art. 146 ust. 6 ustawy o świadczeniach - określoną przez Prezesa Agencji taryfę świadczeń wprowadza się do stosowania nie później niż przed upływem 4 miesięcy od dnia jej opublikowania. W przepisach zarządzenia (§ 14 ust. 4) dookreślono kwestie rozliczania świadczeń realizowanych przez logopedów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Zgodnie bowiem z postanowieniami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1658, z późn. zm.) pacjent przebywający w zakładzie opiekuńczym ma już bowiem zagwarantowane świadczenia udzielane przez logopedę. Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia został poddany konsultacjom zewnętrznym w terminie 25 luty - 14 marca 2022 r. W ramach konsultacji projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach. W trakcie konsultacji, uwagi do projektu zgłosiło 14 podmiotów. Uwzględniono uwagę dotyczącą nadania tytułu załącznikowi nr 5 „Karta wizyt pielęgniarki opieki długoterminowej domowej”. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 maja 2022 r. 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.		
28.04.2022	Obwieszczenie	Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 23 marca 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o dostępie do informacji	Ogłasza się jednolity tekst ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 2176).		https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000090201.pdf

28.04.2022	Rozporządzenie	publicznej Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego przeglądów lekowych	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 grudnia 2021 r. w sprawie programu pilotażowego przeglądów lekowych (Dz.U. poz. 2342) przewiduje, że program pilotażowy będzie realizowany w trzech etapach, na które składać się będą: etap organizacji, etap realizacji oraz etap ewaluacji programu pilotażowego. Zgodnie z § 9 pkt 1 ww. organizacja pilotażu ma trwać do 3 miesięcy od dnia wejścia w życie rozporządzenia i obejmować dokonanie przez podmiot leczniczy wyboru realizatorów pilotażu oraz zawarcie przez podmiot leczniczy umów o realizację pilotażu z realizatorami. Niemniej jednak dotychczas nie udało się przeprowadzić wszystkich niezbędnych czynności poprzedzających zawarcie umów o realizację pilotażu z realizatorami. W związku z powyższym termin ten proponuje się wydłużyć, a przy tym wskazać konkretny dzień graniczny 15 maja 2022 r. dla tego etapu pilotażu. Tym samym usuwany jest problem nieskorelowania aktualnego stanu faktycznego związanego z przeprowadzeniem pilotażu, z wymaganiami prawnymi w zakresie terminów realizacji poszczególnych etapów programu pilotażowego. Wskazany w sekcji 1 problem jest rozwiązywany przez wydłużenie maksymalnego okresu przewidzianego na przeprowadzenie etapu organizacji pilotażu. Wydłużenie terminu spowoduje, że możliwe będzie zawarcie umów o realizację pilotażu, zgodnie z wymaganiami określonymi w przedmiotowym rozporządzeniu. Projekt wydłuża również całościowy termin przeprowadzenia pilotażu z 12 do 18 miesięcy. Wydłużenie również okresu ewaluacji pilotażu o dodatkowe miesiące wynika z obserwacji tempa prac nad pierwszym etapem pilotażu, a zatem jego organizacji, co pozwala antycypować potencjalne zagrożenie tym, że również pierwotnie przewidziany 3 miesięczny termin ewaluacji pilotażu może nie zostać zachowany, zatem projektodawca ze względów ostrożnościowych proponuje termin ten wydłużyć. Jest to termin maksymalny co oznacza, że etap może zamknąć się w terminie krótszym, w tym nawet pierwotnie przewidzianym w nowelizowanym rozporządzeniu. Nie ma alternatywnych metod osiągnięcia zamierzonego celu niż interwencja legislacyjna, gdyż terminy przewidziane dla poszczególnych etapów pilotażu są jasno, wprost precyzyjnie określone w akcie normatywnym, nie da się zatem ich zmienić działaniami pozalegisłacyjnymi, w tym np. w drodze ich interpretacji.	Konsultacje społeczne	https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12359052/katalog/12873853#12873853
------------	----------------	--	--	-----------------------	---

25.04.2022	Ustawa	Poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodzie farmaceuty	projekt dotyczy dodania przepisu, zgodnie z którym farmaceucie w czasie wykonywania swoich ustawowych czynności przysługiwać będzie ochrona prawna należąca funkcjonariuszowi publicznemu	Posiedzenie Sejmu (27 i 28.04.2022) - Sprawozdanie Komisji Zdrowia	https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/FCC499830503A845C125880E003F0649/%24File/2114.pdf
25.04.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 53/2022/DGL PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 22 kwietnia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie programy lekowej	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.). 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. Postanowieniami zarządzenia wprowadza się zmiany w zarządzeniu Nr 16/2022/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 lutego 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie programy lekowej, mające charakter dostosowujący i porządkujący. Zmiany dotyczą: 1) załącznika nr 1m do zarządzenia - Katalog leków refundowanych stosowanych w programach lekowych i polegają na usunięciu oznaczenia dla substancji czynnych:- Ivacaftorum + Tezacaftorum (kod GTIN: 00351167136102, 00351167144404),- Ivacaftorum + Tezacaftorum + Elexacaftorum (kod GTIN: 00351167143902), jako technologii lekowych o wysokiej wartości klinicznej - technologie lekowe, o których mowa w art. 2 pkt 24a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 463, z późn. zm.); 2) załącznika nr 4 do zarządzenia - Wykaz programów lekowych i polegają na usunięciu oznaczenia dla substancji czynnych, stosowanych w ramach programu lekowego B.112. Leczenie chorych na mukowiscydozę:- Ivacaftorum + Tezacaftorum,- Ivacaftorum + Tezacaftorum + Elexacaftorum, jako technologii lekowych o wysokiej wartości klinicznej - technologie lekowe, o których mowa w art. 2 pkt 24a ustawy o refundacji. Zmiana polegająca na usunięciu wyżej wskazanych oznaczeń, ma na celu prawidłowe określenie źródła finansowania wyżej wymienionych leków stosowanych w ramach programu lekowego B.112. Leczenie chorych na mukowiscydozę na dzień 1 marca 2022 r. Wobec powyższego	Wejście w życie 23 kwietnia 2022 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/291/Zarz%C4%85dzenie-53_2022_DGL

			zarządzenie stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 marca 2022 r. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym pod dniem podpisania. Zmiany przyjęte niniejszym zarządzeniem mają charakter dostosowujący i porządkujący, tym samym nie podlegają konsultacjom społecznym.		
25.04.2022	Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 4 kwietnia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego	ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2019 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz. U. poz. 2478)		https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000086301.pdf
22.04.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 51/2022/DSMP REZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 14 kwietnia 2022 r. w	Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, 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 porównaniu do regulacji dotychczas obowiązującej w przedmiotowej materii (tj. zarządzenia Nr 71/2017/DSM Prezesa Narodowego	Wejście w życie 15 kwietnia 2022 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/290/Zarz%C4%85dzenie-51_2022_DSM

		sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej	Funduszu Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (z późn. zm.)) wprowadzone zostały zmiany, które związane są z realizacją zobowiązania nałożonego przez Ministra Zdrowia na Prezesa NFZ (pismo z dnia 14 marca 2022 r.; znak: DLG.7802.6.GK) polegającego na zwiększeniu wartości umów zawartych ze świadczeniodawcami o 4,5%. Nowa wycena ma zostać zastosowana od dnia 1 kwietnia 2022 r. i wynika z wyceny przygotowanej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (pismo z dnia 10 marca 2022 r., znak: WT.5403.2022.MSW.10). Celem realizacji powyższego zwiększenia o 4,5%, zmianie uległa stawka bazowa określona dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w obszarach zabezpieczenia, w których świadczenia są realizowane przez kilka (więcej niż jeden) podmiotów zakwalifikowanych do PSZ. Ponadto zwiększeniu o 4,5% uległy ceny porady lekarskiej oraz wizyty pielęgniarskiej wpływające na wysokość składowej ryczałtu za liczbę udzielonych porad lekarskich i wizyt pielęgniarskich. Takie zwiększenie wartości poszczególnych elementów składowych ryczałtu miesięcznego doprowadzi do wzrostu wartości zawartych ze świadczeniodawcami umów o ok. 4,5%. Takiemu samemu zwiększeniu, o 4,5%, mają ulec wysokości ryczałtów miesięcznych określone przez dyrektorów dla świadczeniodawców realizujących niniejsze świadczenia jako jeden podmiot w obszarze. Do dnia 1 lipca 2022 r., szpitale posiadające w swej strukturze szpitalny oddział ratunkowy (SOR) mają obowiązek dostosowania się do wymogu określonego w § 4 ust. 1 pkt. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2021 r. poz. 2048), tj. do posiadania miejsca udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NiŚOZ). W związku z tym niezbędne jest określenie zasad ustalania ryczałtu miesięcznego dla tych podmiotów w początkowym okresie ich funkcjonowania, w tym celu wprowadzono w § 12 ust. 10 oraz 11. Z uwagi na fakt, że wprowadzenie powyższej modyfikacji wiązałoby się z wydaniem kolejnego już zarządzenia zmieniającego, dla zwiększenia czytelności i przejrzystości przepisów regulujących zawieranie i realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, niniejszą regulację wprowadza się nowym zarządzeniem. Z uwagi, iż zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem wynikają wprost z polecenia Ministra Zdrowia, projekt		
--	--	---	---	--	--

			przedmiotowego zarządzenia nie został poddany konsultacjom określonym w przepisach art. 146 ust. 2 ustawy o świadczeniach oraz w § 2 ust. 3 „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.). 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		
22.04.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 50/2022/DSMP REZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 14 kwietnia 2022 r. 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	Niniejsze zarządzenie 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 przyjęć, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy 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 porównaniu do regulacji dotychczas obowiązującej w przedmiotowej materii (tj. zarządzenia Nr 16/2018/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 lutego 2018 r. 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 (z późn. zm.)) wprowadzone zostały zmiany, które związane są z realizacją zobowiązania nałożonego przez Ministra Zdrowia na Prezesa NFZ (pismo z dnia 14 marca 2022 r.; znak: DLG.7802.6.GK) polegającego na zwiększeniu wartości umów zawartych ze Świadczeniodawcami o 4,5%. Nowa wycena ma zostać zastosowana od dnia 1 kwietnia 2022 r. i wynika z wyceny przygotowanej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (pismo z dnia 10 marca 2022 r., znak: WT.5403.2022.MSW.10). Celem realizacji powyższego zwiększenia o 4,5%, zmianie uległa stawka bazowa wskazana dla szpitalnych oddziałów ratunkowych. Takiemu samemu zwiększeniu mają ulec także stawki bazowe określone przez dyrektorów OW NFZ dla izb przyjęć. Ponadto zwiększeniu o 4,5% uległy wartości wag punktowych poszczególnych kategorii stanu zdrowia pacjenta w SOR i IP. Takie zwiększenie wartości poszczególnych elementów składowych ryczałtu	Wejście w życie 15 kwietnia 2022 r.	

			dobowego doprowadzi do wzrostu wartości zawartej ze świadczeniodawcą umowy o ok. 4,5%.Z uwagi na fakt, że wprowadzenie powyższej modyfikacji wiązałoby się z wydaniem kolejnego już zarządzenia zmieniającego, dla zwiększenia czytelności i przejrzystości przepisów regulujących zawieranie i realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć niniejszą regulację wprowadza się nowym zarządzeniem. Z uwagi, iż zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem wynikają wprost z polecenia Ministra Zdrowia, projekt przedmiotowego zarządzenia nie został poddany konsultacjom określonym w przepisach art. 146 ust. 2 ustawy o świadczeniach oraz w § 2 ust. 3 „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.). 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.		
22.04.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 47/2022/DSMP REZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 8 kwietnia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki	Niniejszym zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe uchyla się § 13a (wprowadzony zarządzeniem Nr 77/2020/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 czerwca 2020 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe). Zmiana zarządzenia związana jest z wejściem w życie (z dniem 28 marca 2022 r.) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 2022 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. poz. 679), którym uchylona została dotychczas obowiązująca regulacja w materii objętej ww. rozporządzeniem. Wymienione powyżej rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 2022 r. nie utrzymało dotychczas obowiązujących przepisów w zakresie obowiązku uzyskania przez pacjenta lub odpowiednio opiekuna dziecka negatywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 przed rozpoczęciem: leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, świadczeń	Wejście w życie 9 kwietnia 2022 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/284/Zarz%C4%85dzenie-47_2022_DSM

		zdrototnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe	uzdrowiskowego leczenia sanatoryjnego dzieci wykonywanego pod opieką dorosłych, w związku z tym zasadnym jest wprowadzenie zmiany (uchylenie przepisu § 13a) wynikającej z ww. regulacji. Projekt zarządzenia nie podlegał konsultacjom społecznym, gdyż wprowadzana zmiana ma charakter porządkowy, polegający na dostosowaniu zarządzenia do zmian wynikających z ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 2022 r. 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		
22.04.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 46/2022/DSOZP REZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 8 kwietnia 2022 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. Zmiany w ww. regulacji wynikają z wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 kwietnia 2022 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na okres rozliczeniowy obejmujący okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2022 r. (Dz. U. poz. 774). Ze względu na powyższą regulację, która wprowadza odstępstwa od określonych przepisów oraz odmienny sposób ustalenia ryczałtu systemu zabezpieczenia za okres rozliczeniowy obejmujący okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2022 r., mając na względzie konieczność zabezpieczenia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapewnienia stabilności finansowania systemu zabezpieczenia, zasadne jest wprowadzenie analogicznych zmian, wynikających z powyższego rozporządzenia, w zakresie zmiany terminu przekazywania dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia certyfikatów akredytacyjnych i świadectw jakości wydawanych laboratoriom diagnostycznym, do niniejszego zarządzenia. W związku z powyższym warunkiem do ustalenia współczynników korygujących dla zakresów wyodrębnionych	Wejście w życie 9 kwietnia 2022 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/280/Zarz%C4%85dzenie-46_2022_DSOZ

			w ramach PSZ rozliczanych ceną jednostki rozliczeniowej na okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2022 r., jest przekazanie dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu, nie później niż w terminie 7 dni od dnia wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 kwietnia 2022 r. w sprawie sposobu ustalania ryczału systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na okres rozliczeniowy obejmujący okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2022 r., certyfikatów akredytacyjnych i świadectw jakości wydawanych laboratoriom diagnostycznym. 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. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania		
22.04.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 44/2022/DGLPR EZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 7 kwietnia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie chemioterapii	Zarządzenie stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”. Projektowane zmiany wpisują się w kluczowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia cele określone w Strategii na lata 2019-2023 jak: (cel 2) poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz (cel 5) poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej. Postanowieniami zarządzenia wprowadza się zmiany w zarządzeniu Nr 17/2022/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 lutego 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie chemioterapii, mające charakter dostosowujący i porządkujący. Najważniejsze zmiany dotyczą: 1) treści zarządzenia w zakresie uchylecia w § 7 pkt 4, § 8 ust. 2 oraz wykreślenia świadczenia 5.08.05.0000203 hospitalizacja związana z podaniem leku u pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 z załącznika 1e – Katalog świadczeń podstawowych od 1 kwietnia 2022 r., w związku z zarządzeniem Nr 35/2022/DSOZ Prezesa NFZ zmieniającym zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, 2) załącznika nr 1t - katalog refundowanych substancji czynnych od 1 kwietnia 2022 r. i polegają na: a) przedłużeniu możliwości rozliczenia do 30 kwietnia 2022, produktu leczniczego Sindovin (vincristine sulfas), fiołka, 1 mg w ramach świadczenia 5.08.05.0000212 vincristine	Wejście w życie 8 kwietnia 2022 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/275/Zarz%C4%85dzenie-44_2022_DGL

			sulfas- inj. z części B katalogu 1t – Katalog refundowanych substancji czynnych, na wniosek firmy Teva i zgody Ministra Zdrowia wyrażonej w piśmie z dnia 28 marca 2022 r. znak: PLR.4504.367.2022.KWA,b) usunięciu świadczeń o kodach: 5.08.05.0000182 bleomycinum - inj. oraz 5.08.05.0000202 pemetrexedum - inj., jako zmiana porządkująca, z uwagi na zakończenie możliwości rozliczania świadczeń udzielanych tj. do 31 marca 2022 r., c) zmianie wartości punktowej świadczeń (zmniejszenie o 4,5 %) z uwagi na zwiększenie wyceny świadczeń nielekowych, poprzez wzrost ceny punktu o 4,5 % dla zakresów podstawowych od dnia 1 kwietnia 2022 r. Świadczenia z katalogu refundowanych substancji czynnych (1t) występują w pakietach zakresów podstawowych. Tym samym docelowa wartość substancji czynnych z katalogu 1t pozostanie na niezmiennym poziomie. Oznaczenie stosowania przepisów do rozliczania świadczeń w sposób wskazany w § 2 zarządzenia, wynika z konieczności zapewnienia ciągłości stosowania przepisów w przedmiotowym zakresie. Wobec powyższego zarządzenie stosuje się do świadczeń udzielanych od dnia 1 kwietnia 2022 r. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania. Zmiany przyjęte niniejszym zarządzeniem mają charakter dostosowujący, porządkujący, wynikający wprost z przepisów prawa. Tym samym nie podlegają konsultacjom społecznym.		
22.04.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 43/2022/DGLPREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 7 kwietnia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia	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 leczenia szpitalne w zakresie programu lekowego. Postanowieniami zarządzenia wprowadza się zmiany w zarządzeniu Nr 16/2022/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 lutego 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie programu lekowego dostosowujące do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 21 lutego 2022 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 marca 2022 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 18), wydanego na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków	Wejście w życie 8 kwietnia 2022 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/271/Zarz%C4%85dzenie-43_2022_DGL

		szpitalne w zakresie programy lekowe	spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 463, z późn. zm.). Najważniejsze zmiany dotyczą: 1) brzmienia § 9 pkt 4, § 10 pkt 2 oraz § 19 zarządzenia w związku z dodaniem do obwieszczenia refundacyjnego programów lekowych: „Leczenie chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1” i „Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne’a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny” oraz koniecznością kwalifikacji pacjentów do terapii w ramach ww. programów lekowych odpowiednio przez Zespół Koordynacyjny ds. leczenia chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1 i Zespół Koordynujący do spraw leczenia chorych z dystrofią mięśniową Duchenne’a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny; 2) załącznika nr 1k do zarządzenia, określającego Katalog świadczeń i zakresów i polegają na: a) zmianie nazwy zakresu 03.0000.354.02 z „Leczenie chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytowego” na „Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytowego”, b) zmianie nazwy zakresu 03.0000.356.02 z „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego” na „Leczenie chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego”, c) zmianie nazwy zakresu 03.0000.400.02 z „Leczenie opornej i nawrotowej postaci klasycznego chłoniaka Hodgkina z zastosowaniem niwolumabu” na „Leczenie chorych na oporną i nawrotową postać klasycznego chłoniaka Hodgkina z zastosowaniem niwolumabu”, d) w ramach zakresu 03.0000.400.02 „Leczenie chorych na oporną i nawrotową postać klasycznego chłoniaka Hodgkina z zastosowaniem niwolumabu” umożliwiono rozliczanie świadczenia o kodzie 5.08.07.0000002 hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci, e) zmianie nazwy zakresu 03.0000.412.02 z „Leczenie mukowiscydozy” na „Leczenie chorych na mukowiscydozę”, f) dodaniu kodu zakresu 03.0000.429.02 „Leczenie chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1”, g) dodaniu kodu zakresu 03.0000.430.02 „Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne’a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny”, - w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym, h) uzupełnieniu wiersza „Uwagi” w odniesieniu do świadczenia 5.08.07.0000028 hospitalizacja związana z podaniem leku u pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 o zapis „- stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych do dnia 31 marca 2022 r.”, w związku z zarządzeniem Nr 35/2022/DSOZ Prezesa NFZ zmieniającym		
--	--	--------------------------------------	---	--	--

		zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19; 3) załącznika nr 11 do zarządzenia, określającego Katalog ryczałów za diagnostykę i polegają na: a) dodaniu kodów świadczeń: - 5.08.08.0000171 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1 – 1 rok terapii”, - 5.08.08.0000172 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1 – 2 i kolejny rok terapii”, - 5.08.08.0000173 „Diagnostyka w programie leczenia z dystrofią mięśniową Duchenne’a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny”, b) zmianie nazwy świadczenia o kodzie: - 5.08.08.0000061 z „Diagnostyka w programie leczenia chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytoowego” na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na szpiczaka plazmocytoowego”, - 5.08.08.0000063 z „Diagnostyka w programie leczenia opornego na kastrację raka gruczołu krokowego” na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego”, - 5.08.08.0000110 z „Diagnostyka w programie leczenia opornej i nawrotowej postaci klasycznego chłoniaka Hodgkina z zastosowaniem niwolumabu” na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na oporną i nawrotową postać klasycznego chłoniaka Hodgkina z zastosowaniem niwolumabu”, - 5.08.08.0000143 z „Diagnostyka w programie leczenia mukowiscydozy” na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na mukowiscydozę”, - 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: 05909991451349, 05909991451332, - 5.08.09.0000011 Cinacalcetum - GTIN: 05909991417192, 05909991417253, 05909991417314, - 5.08.09.0000161 Daratumumabum - GTIN: 05413868119596, - 5.08.09.0000131 Enzalutamidum - GTIN: 05909991415242, - 5.08.09.0000023 Factor VIII coagulationis humanus recombinate - GTIN: 05909991211936, 05909991211943, 05909991211912, 05909991211929, - 5.08.09.0000030 Imatinibum - GTIN: 05055565726983, 05055565726990, - 5.08.09.0000191 Ivacaftorum - GTIN: 00351167136201, 00351167144503, - 5.08.09.0000146 Pasireotidum - GTIN: 03663502002582, 03663502002575, 03663502002568, 03663502002605, 03663502002599, -	
--	--	--	--

		5.08.09.0000180 Pegvisomant - GTIN: 05415062315958, 05415062315965,- 5.08.09.0000154 Pomalidomidum - GTIN: 05909991398477, 05909991398484, 05909991398491, 05909991398507,- 5.08.09.0000057 Sorafenibum - GTIN: 09008732012415, b) dodaniu substancji czynnych i kodów GTIN:- 5.08.09.0000219 Apalutamidum – GTIN: 05413868117059,- 5.08.09.0000220 Atalurenium – GTIN: 05391528830510, 05391528830497, 05391528830503,- 5.08.09.0000221 Darolutamidum – GTIN: 05908229303337,- 5.08.09.0000222 Ivacaftorum + Lumacaftorum – GTIN: 00351167131701, 00351167131800,- 5.08.09.0000224 Ivacaftorum + Tezacaftorum + Elexacaftorum – GTIN: 00351167143902,- 5.08.09.0000223 Ivacaftorum + Tezacaftorum – GTIN: 00351167136102, 00351167144404,- 5.08.09.0000225 Lumasiranum – GTIN: 08720165814138 c) wykreśleniu kodów GTIN dla substancji czynnych:- 5.08.09.0000001 Adalimumabum – GTIN: 08715131019792, 08715131019754, 08715131019747,- 5.08.09.0000019 Everolimusum – GTIN: 05909991383480,- 5.08.09.0000030 Imatinibum – GTIN: 05909990010356, 05909990010349,- 5.08.09.0000032 Immunoglobulinum humanum – GTIN: 05909990762514, 05909990762613, 05909990762712, 05909990763863, 05909990763870, 05909990763887, 05909990763894,- 5.08.09.0000060 Tenofovirum disoproxilum – GTIN: 05909991291457,- 5.08.09.0000065 Trastuzumabum – GTIN: 08806238000315, 08809593170006,- 5.08.09.0000146 Pasireotidum – GTIN: 05909991200305, 05909991200312, 05909991200336, 07613421022365, 07613421022372,- w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym; 5) załącznika 2t do zarządzenia, określającego Katalog refundowanych substancji czynnych w programach lekowych i polegają na zmniejszeniu wartości punktowej substancji czynnych, w związku z waloryzacją wartości 1 punktu o 4,5 % dla zakresów podstawowych (nie dotyczy świadczeń związanych z finansowaniem substancji czynnych), tym samym docelowa wartość świadczeń z katalogu 2t pozostanie na dotychczasowym poziomie; 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.25. Leczenie mukopolisacharydozy typu II (zespół Huntera) w części „organizacja udzielania świadczeń”, w związku z wnioskami		
--	--	---	--	--

		Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oraz Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy, b) zmianie nazwy zakresu dla programu B.54. z „Leczenie chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytoowego” na „Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytoowego”, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym, c) zmianie nazwy zakresu dla programu B.56. z „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego” na „Leczenie chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego”, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym, d) zmianie wymagań dla programu B.57. Leczenie spastyczności kończyny górnej i/lub dolnej po udarze mózgu z użyciem toksyny botulinowej typu A w części „lekarze”, w związku z uwagami zgłoszonymi przez Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ i RESMEDICA Elżbieta Jasińska w Kielcach oraz zgodnie ze stanowiskiem Konsultanta Krajowego w dziedzinie neurologii, e) zmianie nazwy zakresu dla programu B.100. z „Leczenie opornej i nawrotowej postaci klasycznego chłoniaka Hodgkina z zastosowaniem niwolumabu” na „Leczenie chorych na oporną i nawrotową postać klasycznego chłoniaka Hodgkina z zastosowaniem niwolumabu”, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym, f) zmianie wymagań dla programu B.100 Leczenie chorych na oporną i nawrotową postać klasycznego chłoniaka Hodgkina z zastosowaniem niwolumabu w części „organizacja udzielania świadczeń” oraz „lekarze”, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym, g) zmianie nazwy zakresu dla programu B.112. z „Leczenie mukowiscydozy” na „Leczenie chorych na mukowiscydozę”, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym, h) zmianie wymagań dla programu B.125 Leczenie chorych na zaawansowanego raka kolczystokomórkowego skóry cemiplimabem w części „pozostałe”, w związku z pismem Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego w Poznaniu oraz w porozumieniu z Konsultantem Krajowym w dziedzinie onkologii klinicznej, i) zmianie wymagań dla programu B.128.FM. Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat w części „organizacja udzielania świadczeń” oraz w części „lekarze”, w związku z wnioskiem Pani prof. dr hab. med. Beaty Kieć-Wilk, j) dodaniu wymagań dla programu lekowego B.129.FM Leczenie chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1, w związku ze zmianami		
--	--	--	--	--

		wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym, k) dodaniu wymagań dla programu lekowego B.130 Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym; 7) załącznika nr 4 do zarządzenia, określającego Wykaz programów lekowych i polegają na: a) zmianie nazwy programu lekowego B.54. z „Leczenie chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytoowego” na „Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytoowego”, b) zmianie nazwy programu lekowego B.56. z „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego” na „Leczenie chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego”, c) dodaniu substancji czynnych apalutamid i darolutamid w programie lekowym B.56. „Leczenie chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego”, d) zmianie nazwy programu lekowego B.100. z „Leczenie opornej i nawrotowej postaci klasycznego chłoniaka Hodgkina z zastosowaniem niwolumabu” na „Leczenie chorych na oporną i nawrotową postać klasycznego chłoniaka Hodgkina z zastosowaniem niwolumabu”, e) zmianie nazwy programu lekowego B.112. z „Leczenie mukowiscydozy” na „Leczenie chorych na mukowiscydozę”, f) dodaniu substancji czynnych: iwakaftor + lumakaftor, iwakaftor + tezakaftor, iwakaftor + tezakaftor + eleksakaftor w programie lekowym B.112. „Leczenie chorych na mukowiscydozę”, g) dodaniu programu lekowego B.129.FM. „Leczenie chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1”, h) dodaniu programu lekowego B.130. „Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny”,- w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym; 8) zmiany załącznika nr 5, określającego Katalog współczynników korygujących stosowanych 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 0,0936 na 0,0832,- 5.08.09.0000065 trastuzumabum (postaćdożylna): z 2,2284 na 1,7411, po analizie średnich cen leków w miesiącu grudniu 2021 roku, mających obowiązywać od dnia 1 kwietnia 2022 roku; 9) zmiany załącznika nr 7 do zarządzenia, określającego wzór karty włączenia do programu lekowego i polegają na uzupełnieniu przepisu odnoszącego się do obowiązku stosowania przez świadczeniodawców przepisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z		
--	--	--	--	--

		dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE;10) zmiany załącznika nr 18 do zarządzenia, określającego zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację i weryfikację skuteczności leczenia nocnej napadowej hemoglobinurii (PNH), poprzez dodanie postanowień odnoszących się do możliwości kwalifikacji pacjentów do programu lekowego, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym; 11) dodania załącznika nr 28 do zarządzenia, określającego zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym; 12) dodania załącznika nr 29 do zarządzenia, określającego zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia chorych z dystrofią mięśniową Duchenne’a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym. Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący. Brzmienie § 4 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 przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 marca 2022 r., z wyjątkiem załącznika nr 2t, określającego Katalog refundowanych substancji czynnych w programach lekowych oraz załącznika nr 5 określającego Katalog współczynników korygujących stosowanych w programach lekowych, które stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 kwietnia 2022 r. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania. Zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zasięgnął opinii właściwych konsultantów krajowych, a także zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ustawy o świadczeniach, zasięgnął opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców. W dniach od 4 marca 2022 r. do 18 marca 2022 r. trwały konsultacje społeczne		
--	--	--	--	--

		projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe. W trakcie konsultacji do ww. projektu zarządzenia odniosło się 21 podmiotów (w tym 4 oddziały wojewódzkie NFZ), spośród których 3 nie zgłosiły uwag. Łącznie otrzymano 40 stanowisk do przedmiotowego projektu, w tym 37 zawierających uwagi oraz 3 informujące o ich braku. Z przesłanych 37 uwag:- 11 uznano jako zasadne,- 6 uznano jako częściowo zasadne,- 6 wymaga dalszej analizy,- 14 oceniono jako niezasadne. Najważniejsze uwzględnione uwagi dotyczą: 1) zmiany załącznika nr 1k do zarządzenia, określającego Katalog świadczeń i zakresów – leczenie szpitalne – programy lekowe poprzez dodanie możliwości realizacji świadczenia o kodzie 5.08.07.0000001 - hospitalizacja związana z wykonaniem programu oraz świadczenia o kodzie 5.08.07.0000002 - hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci, w związku z uwagami zgłoszonymi przez Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ, Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ oraz Panią prof. dr hab. med. Annę Kostera-Pruszczyk, 2) zmiany załącznika nr 1m do zarządzenia, określającego Katalog leków refundowanych stosowanych w programach lekowych poprzez modyfikację rozliczanej jednostki leku dla produktu leczniczego o kodzie GTIN 08720165814138 z „mg” na „fiol.”, w związku z uwagami zgłoszonymi przez Pana prof. dr hab. n. med. Stanisława Niemczyka oraz Pana dr hab. n. med. Marcina Zaniew oraz zgodnie ze stanowiskiem Ministra Zdrowia, 3) zmiany załącznika nr 3 do zarządzenia, określającego Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu programów lekowych: a) w zakresie programu B.57. Leczenie spastyczności kończyny górnej i/lub dolnej po udarze mózgu z użyciem toksyny botulinowej typu A w części „lekarze” poprzez przywrócenie dotychczasowego brzmienia wymagań w odniesieniu do doświadczenia lekarzy realizujących program oraz dodanie alternatywy dotyczącej odbytych kursów z podawania toksyny botulinowej, w związku z uwagami zgłoszonymi przez Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ i RESMEDICA Elżbieta Jasińska w Kielcach oraz zgodnie ze stanowiskiem Konsultanta Krajowego w dziedzinie neurologii, b) w zakresie programu B.125 „Leczenie chorych na zaawansowanego raka kolczystokomórkowego skóry cemiplimabem” w części „pozostałe” poprzez dodanie możliwości realizacji przedmiotowego programu lekowego przez świadczeniodawców posiadających doświadczenie		
--	--	--	--	--

		wykonania co najmniej 20 zabiegów usunięcia zmiany nowotworowej przeprowadzonych nie tylko w trybie hospitalizacji, ale również w trybie ambulatoryjnym, w związku z pismem Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego w Poznaniu oraz w porozumieniu z Konsultantem Krajowym w dziedzinie onkologii klinicznej, c) w zakresie programu B.129.FM „Leczenie chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1”:- w części „organizacja udzielania świadczeń” poprzez usunięcie poradni i oddziałów chorób metabolicznych zarówno dla dorosłych jak i dzieci oraz oddziału chorób wewnętrznych, w związku z uwagą zgłoszoną przez Pana prof. dr hab. n. med. Przemysława Sikorę,- w części „organizacja udzielania świadczeń” poprzez dodanie komórek organizacyjnych 1401 – poradnia pediatryczna i 4401 – oddział pediatryczny, w związku z uwagami zgłoszonymi przez Pana prof. dr hab. n. med. Stanisława Niemczyka oraz Pana dr hab. n. med. Marcina Zaniew,- w części „lekarze” poprzez dopisanie możliwości realizacji programu przez lekarzy specjalistów w dziedzinie nefrologii, w związku z uwagą zgłoszoną przez Pana prof. dr hab. n. med. Przemysława Sikorę, d) w zakresie programu B.130 Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne’a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny:- w części „organizacja udzielania świadczeń” poprzez dodanie komórek organizacyjnych 4220 – oddział neurologiczny i 4221 oddział neurologiczny dla dzieci, w związku z uwagami zgłoszonymi przez Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ, Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ oraz Panią prof. dr hab. med. Annę Kostera-Pruszczyk,- w części „organizacja udzielania świadczeń” poprzez dopuszczenie oddziału jako miejsca realizacji świadczeń, w związku z uwagą zgłoszoną przez Panią prof. dr hab. med. Annę Kostera-Pruszczyk, 4) zmiany załącznika nr 29, określającego Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia chorych z dystrofią mięśniową Duchenne’a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny: a) w zakresie charakterystyki świadczenia w części 1.6 „kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego” poprzez dodanie lekarzy specjalistów w dziedzinie genetyki klinicznej, w związku z uwagą zgłoszoną przez Panią prof. dr hab. med. Annę Kostera-Pruszczyk, b) w zakresie wzoru wniosku o kwalifikację pacjenta do programu lekowego poprzez dodanie zapisu odnoszącego się do konieczności dołączenia wyniku badania genetycznego jako załącznika do wniosku, w związku z uwagą zgłoszoną przez Panią prof. dr hab. med. Annę Kostera-Pruszczyk.		
--	--	--	--	--

			Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący. Proponowane 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.		
21.04.2022	Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2022 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych	Ustala się na dzień 1 maja 2022 r. wykaz refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, stanowiący załącznik do obwieszczenia.		http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2022/41/akt.pdf
21.04.2022	Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2022 r. w sprawie wykazu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, dla których ustalono urzędową cenę zbytu	Ustala się na dzień 1 maja 2022 r. wykaz leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 4 tej ustawy, stanowiący załącznik do obwieszczenia.		http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2022/40/akt.pdf
21.04.2022	Obwieszczenie	Obwieszczenie Głównego Inspektora Farmaceutyczne	w przypadku produktu leczniczego Biotrakson (Ceftriaxonum), proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 2 g; numer serii: 25020921A termin ważności: 09.2023, oraz numer serii: 25030921A termin		http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2022/37/akt.pdf

		go z dnia 12 kwietnia 2022 r. w sprawie poinformowania o możliwości zwrotu produktu leczniczego do apteki	ważności: 09.2023; podmiot odpowiedzialny: Zakłady Farmaceutyczne POLPHARMA S.A., ul. Pelplińska 19, 83-200 Starogard Gdańsk – wydanego już Pacjentom, zachodzi uzasadnione podejrzenie wystąpienia wady jakościowej polegającej na uzyskaniu przez ten produkt wyniku poza specyfikacją w parametrze endotoksyny w próbach archiwalnych, co może skutkować poważnym zagrożeniem dla zdrowia lub życia Pacjenta. Główny Inspektor Farmaceutyczny informuje o możliwości zwrotu określonych powyżej serii produktów leczniczych do aptek		
21.04.2022	Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 4 kwietnia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szkoleń w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta	ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 marca 2020 r. w sprawie szkoleń w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta (Dz. U. poz. 390)		https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000085101.pdf
21.04.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej	W celu nieprzerwanego zabezpieczenia dostępności do szybkich testów antygenowych w kierunku koronawirusa wprowadza się możliwość wykonania bezpłatny szybkiego testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 do świadczeń medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nie obrazowej związanych z realizacją świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Zgodnie z rekomendacjami WHO - szybki test antygenowy SARS-CoV-2 jest zalecany do wykonania u pacjentów z nasilonymi objawami SARS-CoV-2 (od 4 do 7 dni). Test służy do wykrywania białka wirusa w pobranym materiale. W związku z czym wprowadza się świadczenie diagnostyczne bezpłatny – szybki test antygenowy SARS-CoV-2 do świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.	Wejście w życie 16 kwietnia 2022 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000083401.pdf

		opieki zdrowotnej			
21.04.2022	Ustawa	Ustawa z dnia 8 kwietnia 2022 r. o zmianie ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa oraz niektórych innych ustaw	projekt dotyczy doprecyzowania niektórych przepisów ustawy, a także uzupełnienia kwestii pominiętych w obowiązującej ustawie, a dotyczących np. definicji przyjętych w ustawie, zakresu przedmiotowego ustawy, kwestii finansowych, rejestracji uchodźców i nadawania im numeru PESEL, a także uprawnień przysługujących określonym kategoriom uchodźców Dopuszcza się, za zgodą wojewody, do pracy w domach pomocy społecznej jako pielęgniarce obywatela Ukrainy który przekroczył granicę po 24 lutego 2022 r.	Wejście w życie 15 kwietnia 2022 r. z mocą od dnia 24 lutego 2022 r.,	https://dziennikustaw.gov.pl/D202200083001.pdf
21.04.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 kwietnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia uzdrowiskowego	Zgodnie z § 7 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia uzdrowiskowego (Dz. U z 2019 r. poz. 168, z późn. zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem”, finansowanie przez świadczeniobiorcę częściowych kosztów wyżywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym za jeden dzień pobytu podlega waloryzacji o sumaryczną wartość zmian średniorocznego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, jeżeli w kolejnym roku lub kolejnych latach, licząc od ostatniej waloryzacji, zmiana lub suma zmian tego wskaźnika przekroczy poziom 5%. W związku z tym, że zgodnie z Komunikatem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 14 stycznia 2022 r. w sprawie średniorocznego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem w 2021 r. (M.P. poz. 31), wskaźnik za 2021 r. wyniósł 5,1 %, poziom wskaźnika przekroczył określony w rozporządzeniu poziom 5%. Projekt rozporządzenia wprowadza zmianę polegającą na waloryzacji poziomu finansowania ponoszonych przez świadczeniobiorcę kosztów wyżywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym za jeden dzień pobytu o wskaźnik określony w komunikacie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego tj. o 5,1% . W związku z powyższym odpłatność	Wejście w życie 26 kwietnia 2022 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/DU/2022/805

			za wyżywienie i zakwaterowanie ponoszonej przez świadczeniobiorcę kosztów wyżywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym wrośnie łącznie za 21 dniowy turnus od 10,50 zł – 42,00.		
21.04.2022	Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych	Opracowanie przedmiotowego projektu zostało podyktowane potrzebą zapewnienia ciągłości realizacji badań przesiewowych w kierunku wykrycia raka jelita grubego. Dotychczas program był realizowany na podstawie Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, zastąpionego przez Narodową Strategię Onkologiczną – NSO. Zgodnie z tym dokumentem (obszar 3 Inwestycje w pacjenta – Prewencja Wtórna; działanie 11.4) – od 2022 r. kolonoskopię przesiewową są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „NFZ”. Założeniem i celem programu badań przesiewowych raka jelita grubego, jest poprawa jakości i efektywności wykrycia nowotworu jelita grubego u świadczeniobiorców. Potrzeba wdrożenia programu badań przesiewowych raka jelita grubego do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 2209) wynika z zachodzących w Rzeczypospolitej Polskiej zmian demograficznych, m.in.: przyrostu odsetka osób w wieku starszym, zwiększenia przeciętnej długości życia oraz wieloletnich rosnących trendów zapadalności na raka jelita grubego, co prognozuje dalszy przyrost zachorowań na nowotwory tego narządu. Zjawiska te wymuszają konieczność objęcia profilaktycznymi badaniami kolonoskopowymi jak największego odsetka osób kwalifikujących się do programów badań przesiewowych, stąd świadczenia w programie będą realizowane dla świadczeniobiorców, którzy zgłoszą się do świadczeniodawców realizujących program, spełniających enumeratywnie określone kryteria kwalifikacji. Konieczność realizacji świadczeń w systemie opieki zdrowotnej potwierdzają także analizy publikowane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), które wykazują, że nowotwory złośliwe w 2030 r. będą stanowiły na świecie główną przyczynę zgonów. Pomimo rozwijających się w kraju specjalistycznych ośrodków onkologicznych, realizacji Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych zastąpionego przez Narodową Strategię Onkologiczną – NSO i coraz liczniejszych programów lekowych, zjawisko to dotyczyć będzie również Rzeczypospolitej Polskiej. Rak jelita grubego stanowi obecnie drugą pozycję (po raku płuca) wśród wszystkich zachorowań na	Konsultacje społeczne	https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12358750/12871452/12871453/dokument551121.pdf

			nowotwory w populacji polskiej i drugą w grupie onkologicznych przyczyn zgonów. Wykonanie badania przesiewowego będzie polegało na realizacji pełnej kolonoskopii z uwidocznieniem dna kątnicy i proksymalnego fałdu zastawki Bauhina u świadczeniobiorców w wieku: 1) 50–65 lat, 2) 40–49 lat, którzy posiadają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano nowotwór jelita grubego. Przy czym podstawowe kryteria wyłączenia wskazano jako: 1) objawy kliniczne sugerujące istnienie raka jelita grubego; 2) kolonoskopia w ostatnich 10 latach. Wprowadzenie racjonalnych rozwiązań w organizacji opieki zdrowotnej nad tą grupą świadczeniobiorców, mających na celu zapewnienie ciągłości, koordynacji a także należytej jakości opieki nad tymi pacjentami umożliwi sprawdzenie efektywności tej opieki. Oczekiwanym efektem programu badań przesiewowych raka jelita grubego jest oprócz prostoty organizacyjnej (jedno badanie na 10 lat) możliwość usuwania polipów jelita grubego, które uznawane są za stany prekursorowe dla raka jelita grubego. Kolonoskopia przesiewowa zapewni nie tylko spadek umieralności dzięki możliwości wykrywania wczesnych bezobjawowych postaci raka, ale także spadek zapadalności – czyli liczby nowych nowotworów w przyszłości dzięki usuwaniu polipów. Utrzymanie ciągłości realizacji działań a także nadzoru nad jakością udzielanych świadczeń, umożliwi osiągnięcie dalszych pozytywnych skutków dla pacjentów i systemu ochrony zdrowia.		
21.04.2022	Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej	Celem rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, z późn. zm.) jest zapewnienie prewencji i wczesnego wykrywania nowotworów dziedzicznych przez zidentyfikowanie osób z rodzin wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na wybrane nowotwory, takie jak rak piersi, rak jajnika, rak jelita grubego, rak błony śluzowej trzonu macicy, siatkówczak i choroba von Hippel-Lindau (VHL), a następnie objęcie ich specjalistyczną opieką ukierunkowaną na aktywną prewencję zachorowań oraz możliwe najwcześniejsze ich rozpoznanie. Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe prowadzona jest obecnie w ramach programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia	Konsultacje publiczne	https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12358712/12871399/12871400/dokument551075.pdf

			Onkologiczna na lata 2020-2030 (NSO). Zgodnie z założeniami programu, finansowanie opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na wybrane nowotwory ze środków NSO jest możliwe nie dłużej niż do dnia 30 czerwca 2022 r. Następnie finansowanie będzie się odbywało ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, dlatego też konieczne jest wprowadzenie nowych świadczeń do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Wprowadzenie zmian do załącznika nr 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej polegających na dodaniu trzech świadczeń: 1) opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi lub raka jajnika; 2) opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego lub raka błony śluzowej trzonu macicy; 3) opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na siatkówczaka lub chorobę von Hippel–Lindau (VHL). Każde z ww. świadczeń obejmuje dwa etapy: 1) „Poradnictwo i badania genetyczne”; 2) „Poradnictwo i badania diagnostyczne”. W ramach pierwszego etapu odbywa się identyfikacja osób, posiadających wysokie, dziedzicznie uwarunkowane ryzyko zachorowania na wybrane nowotwory. Najważniejszą rolę odgrywa tu szczegółowy wywiad rodzinny. W przypadku zaistnienia wskazań medycznych, wykonywane są również badania genetyczne. W ramach drugiego etapu świadczeniobiorca posiadający wysokie, dziedzicznie uwarunkowane ryzyko zachorowania na wybrany nowotwór zostaje objęty specjalistycznym nadzorem, polegającym na systematycznym przeprowadzeniu badań diagnostycznych oraz konsultacji lekarskich.		
21.04.2022	Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie	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	Konsultacje publiczne	https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12358655/katalog/12870467#12870467

		podziału kwoty środków finansowych w 2022 r. stanowiącej wzrost całkowitego budżetu na refundację	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, z późn. zm.) – w wysokości 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 – w wysokości 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 – w wysokości 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 sukcesywnie zwiększenie dostępności pacjentów do świadczeń gwarantowanych.		
12.04.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 42/2022/DGLPR EZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 31 marca 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów	Zarządzenie stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą o świadczeniach” Projektowane zmiany wpisują się w kluczowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia cele określone w Strategii na lata 2019-2023 jak: (cel 2) poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz (cel 5) poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej. Postanowieniami zarządzenia wprowadza się zmiany w zarządzeniu Nr 17/2022/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 lutego 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii, dostosowujące do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 21 lutego 2022 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1	Wejście w życie 1 kwietnia 2022 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/250/Zarz%C4%85dzenie-42_2022_DGL

		w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia	marca 2022 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 18), 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 2022 r. poz. 463, z późn. zm.). Najważniejsze zmiany dotyczą :1) załącznika nr 1n - katalog leków refundowanych stosowanych w chemioterapii i polegają na: a) dodaniu kodu GTIN dla substancji czynnej:-5.08.10.0000021 – Epirubicini hydrochloridum - GTIN: 05909990796397,- 5.08.10.0000029 – Fulvestrantum - GTIN: 05901812161871, 05901812161888,-5.08.10.0000053 – Pemetreksedum - GTIN: 07613421047023, 07613421047016, 07613421047030,- 5.08.10.0000072 – Arsenii trioxidum - GTIN: 05909991404406,b) usunięciu kodu GTIN dla substancji czynnej:-5.08.10.0000072 – Arsenii trioxidum - GTIN: 05909990016433,-5.08.10.0000078 – Imatinibum - GTIN: 05909991353261, 05909991353353,- 5.08.10.0000082 – Anagrelidum - GTIN: 05909991362157, 05901797710033- zgodnie ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym; c) pozostawienie substancji czynnej i kodu GTIN dla 5.08.10.0000060 Tretinoinum - GTIN: 05909990668311 i finansowaniu na podstawie art. 37b ust.1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 463), za zgodą Ministra Zdrowia z dnia 17 marca 2022 r. przekazaną w piśmie znak: PLR.4504.282.2022.1.PR na wniosek Prezesa Funduszu, do którego w dniu 11 marca 2022 r. podmiot odpowiedzialny złożył wniosek o zgodę na finansowanie stosowania produktu leczniczego Vesanoid w zakresie opisanym w art 37b ustawy o refundacji.2) załącznika nr 7 - katalog współczynników korygujących stosowanych w chemioterapii i polegają na zmianie progu kosztowego dla azacitidinum (kod 5.08.10.0000077) z 5,3649 zł/mg na 4,2015 zł/mg, biorąc pod uwagę analizę limitów finansowania dla poszczególnych EAN. 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.		
--	--	--	---	--	--

			Wobec powyższego zarządzenie stosuje się do świadczeń udzielanych od dnia 1 marca 2022 r. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania. Zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zasięgnął opinii właściwych konsultantów krajowych, a także, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ustawy o świadczeniach, zasięgnął opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców. W dniach od 4 marca 2022 r. do 18 marca 2022 r. trwały konsultacje społeczne projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii. W trakcie konsultacji do projektu zarządzenia odniosło się 8 podmiotów (w tym 1 oddział wojewódzki NFZ), spośród których 3 nie zgłosiło uwag. Łącznie otrzymano 17 stanowisk do przedmiotowego projektu, w tym 14 zawierających uwagi po raz 3 informujących o ich braku. Z przesłanych 14 uwag: - 1 uznano za zasadną, - 1 jako częściowo zasadną, - 2 wymagają dalszej analizy, - 10 oceniono jako niezasadne. Uwzględniona uwaga dotyczy korekty legislacyjnej w zakresie załącznika nr 1n - katalog leków refundowanych stosowanych w chemioterapii dla świadczenia 5.08.10.0000072. Zmiana polega na korekcie nazwy substancji czynnej trójtlenek arsenu na arsenii trioxidum (w związku z uwagą zgłoszoną przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ). Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący.		
12.04.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 41/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 31 marca 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie	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 zmienia zarządzenie Nr 1/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.). W związku z wejściem w życie z dniem 1 kwietnia 2022 r. zarządzenia Nr 35/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 marca 2022 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem,	Wejście w życie 1 kwietnia 2022 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/246/Zarz%C4%85dzenie-41_2022_DSOZ

		określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne	przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, mając na celu kontynuację finansowania świadczeń udzielanych na rzecz pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2 (od 1 kwietnia 2022 r. świadczenia te finansowane są na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej) dla JGP: D18 Zapalenie płuc nietypowe dodano warunek wskazania rozpoznania zasadniczego U07.1 COVID-19 oraz rozpoznania współistniejącego J12.8 Zapalenie płuc wywołane innym wirusem, a dla D52 Niewydolność oddechowa wskazanie rozpoznania zasadniczego U07.1 COVID-19 oraz rozpoznania współistniejącego z listy z tej grupy (równocześnie umożliwiono rozliczanie w zakresie choroby zakaźne). Zaznaczyć należy, że rozpoznanie U07.1 COVID-19 rozliczyć można także w innych JGP: P04 Choroby dolnych dróg oddechowych, P30 Infekcje wirusowe określone oraz S57 Inne choroby wirusowe. Jednocześnie, pozostawiono finansowanie produktu z załącznika nr 1c do zarządzenia: 5.53.01.0001535 Koszt pobytu związanego z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 o wartości 415 pkt możliwy do jednorazowego dosumowania w trakcie pobytu pacjenta, którego hospitalizacja nastąpiła z powodu leczenia specjalistycznego, z równoczesnym potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Powyższe JGP nie podlegają sumowaniu z tym produktem rozliczeniowym. W zarządzeniu uchylono przepisy § 20 dotyczące zasad realizacji, sprawozdawania i rozliczania świadczeń udzielanych na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2020 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego kompleksowych badań patomorfologicznych JGPato (Dz. U. poz. 2360). Uchylenie przepisu z dniem 1 kwietnia 2022 r. spowodowane jest zakończeniem pilotażu JGPato, którego etap realizacji zaplanowano na 9 miesięcy. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 245), które wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2022 r. wprowadza świadczenie gwarantowane leczenie chirurgiczne z zastosowaniem systemu robotowego nowotworu złośliwego gruczołu krokowego. W konsekwencji tego w niniejszym zarządzeniu w załączniku nr 1a utworzono nową grupę: L31R Prostatektomia radykalna z zastosowaniem systemu robotowego o wartości 19 842 pkt. Wycena została opracowana przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji na podstawie zlecenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia		
--	--	---	---	--	--

			2021 r. Finansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia nowego świadczenia gwarantowanego ma na celu poprawę wyników leczenia i jakości życia pacjentów z nowotworem złośliwym gruczołu krokowego przez zapewnienie pacjentom dostępu do postępowania chirurgicznego z wykorzystaniem systemu robotowego w leczeniu nowotworów złośliwych gruczołu krokowego Zgodnie z przekazanymi w toku konsultacji uwagami środowiska, umożliwiono rozliczanie przedmiotowej grupy także w trybie hospitalizacja planowa. Odpowiednie zmiany w tym zakresie zostały dokonane także w załączniku nr 3a i 3b do zarządzenia. W związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2022 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 419) wprowadzającym nowe świadczenia gwarantowane: Leczenie rekonstrukcyjne z wykorzystaniem endoprotez onkologicznych u pacjentów do ukończenia 18. roku życia oraz Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej metodą molekularną i metodą wielokolorowej cytometrii przepływowej w ostrych białaczkach u dzieci, przedmiotowe świadczenia zaimplementowano do zarządzenia. Świadczenie: Leczenie rekonstrukcyjne z wykorzystaniem endoprotez onkologicznych u pacjentów do ukończenia 18. roku życia umożliwiono do rozliczania i sprawozdawania w grupie H11 Zabiegi resekcyjne zmian nowotworowych lub guzowatych z endoprotezoplastyką lub zabieg rewizyjny z użyciem protez poresekcyjnych (załącznik nr 1a do zarządzenia). W odniesieniu do świadczenia Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej metodą molekularną i metodą wielokolorowej cytometrii przepływowej w ostrych białaczkach w załączniku nr 1c do zarządzenia, po uwzględnieniu uwag przekazanych przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii dziecięcej i hematologii Pana prof. dr hab. Jana Styczyńskiego, utworzono następujące produkty rozliczeniowe: 5.53.01.0001546 Oznaczenie MRD w ALL metodą cytometrii przepływowej - ALL-MRD-FC o wartości 300 pkt, 5.53.01.0001547 Oznaczenie MRD w ALL metodą PCR - ALL-MRD-PCR1 o wartości 4000 pkt, 5.53.01.0001548 Oznaczenie MRD w ALL metodą PCR - ALL-MRD-PCR2 o wartości 1000 pkt, 5.53.01.0001549 Szczegółowa diagnostyka immunofenotypowa (badanie wstępne) o wartości 1100 pkt, 5.53.01.0001550 Oznaczenie MRD w AML metodą cytometrii przepływowej - AML-MRD-FC o wartości 680 pkt, 5.53.01.0001551 Oznaczenie MRD w AML metodą PCR - AML-MRD-PCR o wartości		
--	--	--	--	--	--

		974 pkt oraz 5.53.01.0001552 Wstępne genotypowanie AML o wartości 6000 pkt. Wartości poszczególnych produktów zostały określone na podstawie opracowania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z 30 sierpnia 2021 r. Produkty te dedykowane są dla świadczeniodawców spełniających warunki realizacji dla świadczenia gwarantowanego: Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej metodą molekularną i metodą wielokolorowej cytometrii przepływowej. Ich rozliczenie natomiast odbywa się zgodnie ze schematem i we wskazaniach określonych w lp. 60 zał. nr 4 do rozporządzenia szpitalnego. W załączniku nr 1b do zarządzenia utworzono natomiast produkty rozliczeniowe: 5.52.01.0001567 Pobyt diagnostyczny do monitorowania minimalnej choroby resztkowej (MRD) - w trybie ambulatoryjnym o wartości 150 pkt oraz 5.52.01.0001568 Pobyt diagnostyczny do monitorowania minimalnej choroby resztkowej (MRD) o wartości 551 pkt, które są możliwe do rozliczenia zgodnie z § 26 pkt 25 zarządzenia. Jednocześnie, umożliwiono ich łączne rozliczenie ze świadczeniem podstawowym z katalogu grup (załącznikiem nr 1a do zarządzenia), a produkt 5.52.01.0001568 Pobyt diagnostyczny do monitorowania minimalnej choroby resztkowej (MRD) umożliwiono do sumowania z produktem 5.53.01.0001473 Znieczulenie ogólne lub dożylnie u dziecka. Wprowadzone rozwiązania odpowiadają szczególnym uwarunkowaniom procesu diagnostycznego w leczeniu AML oraz ALL. Z uwagi na fakt, iż finansowanie leczenia dzieci z nowotworami kości, jak i monitorowanie minimalnej choroby resztkowej w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej (zadania z zakresu onkologii dziecięcej) zakończyło się z dniem 31 grudnia 2021 r., konieczne jest zapewnienie ich finansowania, jako świadczeń w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, od dnia 1 stycznia 2022 r. w celu zachowania ciągłości ich udzielania i objęcia finansowaniem ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Ponadto, zmiany wprowadzone w załączniku nr 1a do zarządzenia obejmują rozliczanie JGP E02 w zakresie kardiologia wyłącznie dla procedury: ICD-9 37.4999 Inne przeszskórne zabiegi naprawcze serca i osierdza (w związku z tym symetrycznej zmiany dokonano w załączniku nr 3a do zarządzenia). Zmodyfikowano produkty rozliczeniowe dedykowane pobraniom narządowym, zarówno w załączniku nr 1b, jak i 1c do zarządzenia. Ich aktualny kształt i wycena, wynikająca z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów		
--	--	---	--	--

		czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2014 r. poz. 469 z późn. zm.), ma na celu ich prawidłowe sprawozdawanie i finansowanie od dnia 1 stycznia 2022 r., z uwzględnieniem kosztów ponoszonych przez Poltransplant (z wyłączeniem możliwości ewentualnego podwójnego finansowania). Zmiany w obrębie załącznika nr 1b obejmują ponadto umożliwienie rozliczania produktów: 5.52.01.0001541 Hospitalizacja do przeszskórnego lub z innego dostępu wszczepiania zastawek serca, 5.52.01.0001542 Hospitalizacja do przeszskórnego lub z innego dostępu wszczepiania zastawek serca z powikłaniami i chorobami współistniejącymi lub ≥ 80 lat w zakresie kardiologia/ kardiologia dla dzieci. Pozostałe zmiany w załączniku nr 1b mają charakter porządkujący. Zarządzenie implementuje także przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 2482), które weszło w życie z dniem 14 stycznia 2022 r. W związku z tym (załącznik nr 1c do zarządzenia) umożliwiono rozliczanie produktu: 5.53.01.0005010 Opieka psychologiczna także w zakresach: położnictwo i ginekologia oraz położnictwo i ginekologia - drugi poziom referencyjny (do tej pory wyłącznie w zakresie położnictwo i ginekologia - trzeci poziom referencyjny). Zgodnie z ww. rozporządzeniem, wprowadzającym świadczenia gwarantowane: Koherentna tomografia optyczna tętnic obwodowych (OCT) oraz Koherentna tomografia optyczna tętnic wieńcowych (OCT) przedmiotowe świadczenia wprowadzono do załącznika nr 1c. W związku z tym zmodyfikowano produkt 5.53.01.0001502 dodając OCT (FFR/ IVUS tętnic wieńcowych/OCT). Finansowanie przedmiotowego świadczenia następuje od dnia 14 stycznia 2022 r., co jest symetryczne z wejściem w życie rozporządzenia. W następstwie zmiany wysokości limitu finansowania ustalonego w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 lutego 2022 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. Urz. Min. Zdr. z 2022 r. poz. 18) ustalonego na dzień 1 marca 2021 r. zmodyfikowano wartość produktu rozliczeniowego z załącznika nr 1c: 5.53.01.0001401 Leczenie przetoczeniami immunoglobulin. Obecnie wartość ta wynosi 340,20 zł za każdy 1 gram immunoglobulin.		
--	--	---	--	--

			Pozostałe zmiany w załączniku nr 1c mają charakter porządkujący. W związku z przekazanymi przez Pana prof. dr hab. med. Jarosława Regulę Konsultanta Krajowego w dziedzinie gastroenterologii oraz Pani dr n. med. Grażyny Cholewińskiej Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chorób zakaźnych dla województwa mazowieckiego uwagami w niniejszym zarządzeniu przywrócono warunek realizacji JGP (załącznik nr 9 do zarządzenia): F58E/F - Choroby zapalne jelit > 65 r.ż./< 66 r.ż., obowiązujący do końca 2021 r. (z mocą obowiązywania od 1 stycznia 2022 r.). Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 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, Krajowa Rada Fizjoterapeutów, Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach. W toku uzgadniania uwag skierowanych do przedłożonego projektu uwzględniono ponadto:- umożliwiono rozliczanie produktu: 5.52.01.0001493 Powikłania infekcyjne u chorego po przeszczepieniu narządu lub szpiku - diagnostyka, leczenie (diagnostyka, leczenie pacjenta od 31 dnia po wykonaniu przeszczepu) < 4 dni –w zakresie kardiochirurgia/kardiochirurgia dla dzieci;- w grupie D20 Gruźlica dodano rozpoznanie warunkujące grupę A15.3 Gruźlica płuc potwierdzona nieokreślonymi sposobami. Rozpoznanie A15.3 Gruźlica płuc potwierdzona nieokreślonymi sposobami jest stawiane pacjentom z potwierdzoną chorobą gruźlicy płuc na podstawie wykonania badania PCR (nie jest to gruźlica płuc potwierdzona histologicznie lub posiewem);- umożliwiono rozliczanie grupy K27 Zaburzenia odżywiania (dokonano zmiany nazwy grupy) w zakresie onkologia kliniczna. Opieka nad pacjentem onkologicznym jest opieką interdyscyplinarną. Wyrównanie metaboliczne pacjentów przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego daje korzystne efekty zarówno co do skuteczności, jak i tolerancji leczenia. Dodanie możliwości stosowania grupy K27 w zakresie onkologii klinicznej przygotowuje		
--	--	--	--	--	--

			pacjentów wymagających interwencji żywieniowej jeszcze przed rozpoczęciem właściwej terapii i pozwoli na szybsze wdrożenie opieki żywieniowej;- w załączniku nr 9 do zarządzenia (Charakterystyka grup) wprowadzono, poprzez dodanie warunków w wybranych JGP, rozpoznania dotyczące leczenia pocovidowych powikłań u dzieci: U10 Wieloukładowy zespół zapalny powiązany z COVID-19 oraz U10.9 Wieloukładowy zespół zapalny powiązany z COVID-19, nieokreślony (P12 Inne zaburzenia żołądkowo-jelitowe i metaboliczne, P20 Choroby skóry, układu mięśniowo-kostnego lub tkanki łącznej, P21 Choroby układu krążenia, P37 Zaburzenia rytmu serca < 1 r.ż. lub < 18 r.ż. z powikłaniami i chorobami współistniejącymi, P40 Inne choroby układu krążenia < 1 r.ż. albo < 18 r.ż. z pw.);- w grupie J01G Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej dodano warunek z rozpoznaniem Z40.0.- w grupie Q41 5.51.01.0015041 Zabiegi endowaskularne - 1. grupa umożliwiono wyłącznie dla zakresu nefrologia realizację procedury 39.427 Endowaskularne udrożnienie przetoki dializacyjnej. Skutek finansowy dla wprowadzonych zmian wynosi 92 061 907 zł. Dla zmian w obszarze leczenia pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 skutek finansowy nie jest możliwy do oszacowania Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych: a) od dnia 1 stycznia 2022 r. w zakresie:- lp. 220 - 221 oraz lp. 265 załącznika nr 1a,- lp. 47 - 56 oraz lp. 110 - 111 załącznika nr 1b,- lp. 33 - 42 załącznika nr 1c, b) od dnia 14 stycznia 2022 r. w zakresie lp. 48 oraz lp. 64 załącznika nr 1c. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2022 r.		
12.04.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 40/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 31 marca 2022 r. zmieniające	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	Wejście w życie 31 marca 2022 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/242/Zarz%C4%85dzenie-40_2022_DSOZ

		zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej	systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Zmiany w ww. regulacji wynikają z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 24 lutego 2022 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 526), który stanowi, iż przy ustalaniu ryczałtu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 136c 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.), w przypadku danych, o których mowa w art. 136c ust. 3 pkt 2 lit. a tej ustawy, uwzględnia się dane dotyczące liczby i rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych i sprawozdanych za okres rozliczeniowy obejmujący 2019 r., finansowanych w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia. Ze względu na powyższą regulację, która wprowadza odstępstwa od określonych przepisów oraz odmienny sposób ustalenia ryczałtu systemu zabezpieczenia za okres rozliczeniowy obejmujący okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2022 r., mając na względzie konieczność zabezpieczenia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapewnienia stabilności finansowania systemu zabezpieczenia, konieczne staje się wydłużenie terminu wyliczenia wartości ryczałtu PSZ do dnia 30 kwietnia 2022 r. 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. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 31 marca 2022 r.		
12.04.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 38/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 29 marca 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów	Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 160/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2021 r. 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.) oraz jest wykonaniem poleceń Ministra Zdrowia: z dnia 23 marca 2022 r. (ZPŚ.640.9.2022.JK) w zakresie finansowania szczepień wykonywanych u obywateli Ukrainy w oparciu o Program Szczepień Ochronnych obowiązujących w Polsce oraz z dnia 14 marca 2022 r. (DLG.7802.6.2022.GK) w zakresie podwyższenia wyceny świadczeń o 4,5%. Zmiany wprowadzone niniejszą regulacją polegają na: 1) wprowadzeniu wzoru indywidualnego kalendarza szczepień (IKSz) dla dzieci i młodzieży z Ukrainy w oparciu o Program Szczepień	Wejście w życie 1 kwietnia 2022 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/236/Zarz%C4%85dzenie-38_2022_DSOZ

		o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej	Ochronnych obowiązujący w Polsce na zasadach wskazanych dla szczepień obowiązkowych; 2) wskazaniu produktów rozliczeniowych do rozliczania świadczeń udzielanych pacjentom uprawnionym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. poz. 583, z późn. zm.), tzw. „ustawy o pomocy”; 3) podwyższeniu wartości stawek kapitaacyjnych, porad i ryczałtów o 4,5% na podstawie analizy przeprowadzonej przez AOTMiT, zawierającej propozycję stopy wzrostu cen punktów stosowanych w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia, a świadczeniodawcami (pismo WT.5403.3.2022.MSW.10);4) zniesieniu terminu przejściowego, tj. 31 marca 2022 r., do którego miała obowiązywać stawka kapitacyjna na realizację zadań koordynatora związanego z promocją profilaktyki, o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 2, wskazanego w zarządzeniu zmieniającym nr 5/2022/DSOZ z dnia 5 stycznia 2022 r. Na mocy niniejszego zarządzenia stawka za przedmiotowe zadania obowiązuje bezterminowo; 5) uchyleniu rozdziału 5 dotyczącego przepisów związanych z COVID-19, w związku ze zniesieniem obowiązku kwarantanny i izolacji dla pracowników podmiotów leczniczych. 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.		
12.04.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 36/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 29 marca 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków	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". Niniejsze zarządzenie zmienia zarządzenie Nr 1/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspecjalistyczne. W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. poz. 583) przyznającej prawo do opieki medycznej obejmującej świadczenia opieki zdrowotnej na zasadach i w zakresie, w jakim osobom objętym obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym przysługuje prawo do	Wejście w życie 30 marca 2022 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/232/Zarz%C4%85dzenie-36_2022_DSOZ

		zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne	świadczeń na podstawie ustawy o świadczeniach (z wyłączeniem leczenia uzdrowiskowego i rehabilitacji uzdrowiskowej) w załączniku nr 1c do zarządzenia utworzono produkt rozliczeniowy: 5.53.01.0001545 Koszt pobytu pacjenta (obywatela Ukrainy) przed przekazaniem do ośrodka za granicą celem dalszego leczenia o wartości 649 pkt (produkt obejmuje: koordynację i przygotowanie pacjenta celem przekazania do ośrodka za granicą, przedstawienie w sposób skuteczny, przystępny i zrozumiały dla pacjenta informacji w zakresie dalszego postępowania, oraz koszty tłumaczenia dokumentacji, w tym zapewnienie tłumacza, kwalifikacja do transportu w czasie poniżej 3 dni). Rozliczenie produktu umożliwi podmiotom leczniczym pokrycie dodatkowych kosztów ponoszonych przed przekazaniem pacjenta, obywatela Ukrainy, do specjalistycznego ośrodka za granicą celem jego dalszego leczenia. Świadczenia te finansowane będą z dotacji celowej z budżetu państwa udzielanej z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, za pośrednictwem Narodowego Funduszu Zdrowia. Według danych Straży Granicznej (stan na 21 marca 2022 r.) od 24 lutego 2022 r. do Polski przybyło 2,125 mln osób. Skutek finansowy dla wprowadzonych zmian nie jest możliwy do oszacowania. 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 3 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, Krajowa Rada Fizjoterapeutów, Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach. W toku konsultacji nie wpłynęła żadna uwaga. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.		
12.04.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 35/2022/DSOZP REZESA NARODOWEG	Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 217/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 jest wykonaniem polecenia Ministra Zdrowia	Wejście w życie 1 kwietnia 2022 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/227/Zarz%C4%85dzenie-35_2022_DSOZ

		O FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 28 marca 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19	z dnia 25 lutego 2022 r., znak: DLU.736.63.2022.KB, z dnia 28 lutego 2022 r., znak: DLU.736.67.2022.KB, z dnia 7 marca 2022 r., znak: DLU.736.68.2022.KB, z dnia 18 marca 2022 r., znak: DLU.736.74.2022.KB/KM oraz z dnia 23 marca 2022 r., znak: DLU.736.84.2022.KB, zgodnie z którymi z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 finansowane będą świadczenia, które mają kluczowe znaczenie w przeciwdziałaniu chorobie i w powrocie do pełnej sprawności już po COVID-19: szczepienia przeciwko COVID-19 oraz rehabilitacja pocovidowa (stacjonarna, ambulatoryjna, dzienna, domowa i psychiatryczna). Wprowadzone niniejszym zarządzeniem zmiany polegają na finansowaniu od 1 kwietnia 2022 r. świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 określonych w załączniku nr 2 do zarządzenia (Katalog produktów rozliczeniowych) przez podmioty umieszczone w wykazie, którego nowy wzór określono w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia. Stosownie do powyższego, modyfikacji uległ również załącznik nr 4 do zarządzenia (załącznik nr 3 do niniejszego zarządzenia). W celu rozliczenia świadczeń udzielonych do dnia 31 marca 2022 r., podmiot wpisany do wykazu podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, obowiązany jest do przekazania dokumentów rozliczeniowych, w terminie do dnia 20 kwietnia 2022 r. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2022		
12.04.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 34/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 24 marca 2022 r. w sprawie uchylecia zarządzenia zmieniającego zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania	Niniejsze zarządzenie w sprawie uchylecia zarządzenia Nr 24/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 lutego 2022 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 stanowi konsekwencję poleceń Ministra Zdrowia (z dnia 18 marca 2022 r., znak: DLU.736.74.2022.KB/KM oraz z dnia 23 marca 2022 r., znak: DLU.736.84.2022.KB), co spowodowało, iż wejście w życie zmian określonych ww. zarządzeniem stało się niecelowe. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.	Wejście w życie 25 marca 2022 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/226/Zarz%C4%85dzenie-34_2022_DSOZ

		oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19			
12.04.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 kwietnia 2022 r. uchylające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach	W związku ze zmianą sytuacji epidemicznej w Rzeczypospolitej Polskiej, jak również w celu ujednolicenia przepisów, konieczne jest uchylene rozporządzenia wydanego na podstawie fakultatywnego upoważnienia ustawowego zawartego w art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zgodnie z którym minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych. Z uwagi na znaczną poprawę stanu epidemicznego w Rzeczypospolitej Polskiej w związku ze zmniejszeniem rozprzestrzeniania się zakażeń wywołanych wirusem SARS-CoV-2, a co za tym idzie znacznym zmniejszeniem liczby osób kierowanych do izolatorium, jak również zmianą od dnia 1 kwietnia 2022 r. zasad realizacji świadczeń na rzecz pacjentów, u których stwierdzono zachorowanie na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2, zwaną dalej „COVID-19”, wynikające z decyzji Ministra Zdrowia, zgodnie z którą diagnostyka i leczenie COVID-19 nie będą dodatkowo finansowane z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 lub budżetu państwa, zasadnym jest odstąpienie od rozwiązań organizacyjnych dedykowanych zapobieganiu i zwalczaniu epidemii COVID-19. W przedmiotowym zakresie wystarczające jest stosowanie regulacji określonych ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2021 r. poz. 2069, z późn. zm.).	Wejście w życie 12 kwietnia 2022 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000080001.pdf
11.04.2022	Zarządzenie	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 marca 2022 r.	Zadaniem Zespołu jest opracowanie propozycji zmian sposobu finansowania świadczeń pediatrycznych.	Wejście w życie 2 kwietnia 2022 r.	Zarządzenie (mz.gov.pl)

		w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania propozycji zmiany finansowania świadczeń pediatrycznych		Zarządzenie traci moc z dniem 1 lipca 2022 r.	
11.04.2022	Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 10 marca 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej	ogłasza się w załączniku jednolity tekst 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)		OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 10 marca 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (dziennikustaw.gov.pl)
11.04.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 kwietnia 2022 r. 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	Wejście w życie 14 kwietnia 2022 r.	ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 5 kwietnia 2022 r. w sprawie praktyki zawodowej w aptece (dziennikustaw.gov.pl)

			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.		
11.04.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 kwietnia 2022 r. w sprawie sposobu	Konieczne jest określenie sposobu ustalania ryczału systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na okres rozliczeniowy obejmujący okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2022 r., zgodnie z upoważnieniem zawartym w 4 ust. 2 ustawy z dnia 27 stycznia 2022 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz	Wejście w życie 8 kwietnia 2022 r.	ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 4 kwietnia 2022 r. w sprawie sposobu ustalania ryczału systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia

		ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na okres rozliczeniowy obejmujący okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2022 r.	niektórych innych ustaw. Projekt rozporządzenia określa sposób ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na okres rozliczeniowy obejmujący okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2022 r. Projekt rozporządzenia zawiera regulacje tożsame z regulacjami obowiązującymi na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1783, z późn. zm.), z zastrzeżeniem następujących zmian: 1) zmiana definicji terminu „okres obliczeniowy”, który został zdefiniowany jako okres rozliczeniowy obejmujący rok 2019; 2) usunięcie przepisów ustanawiających współczynniki korygujące wysokość ryczałtu systemu zabezpieczenia w związku z osiągnięciem określonego poziomu realizacji świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – w związku z wyłączeniem tych świadczeń do finansowania poza ryczałtem systemu zabezpieczenia.		świadczeń opieki zdrowotnej na okres rozliczeniowy obejmujący okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2022 r. (dziennikustaw.gov.pl)
11.04.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom	Konieczność identyfikowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom, posiadającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. poz. 583, z późn. zm.), zwaną dalej „ustawą o pomocy”, w celu właściwego rozliczania tych świadczeń. 1. Wprowadzenie kodu UA, pozwalającego na identyfikację osób, którzy uzyskali prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie ustawy o pomocy. 2. Określenie rodzaju danych, jakie świadczeniodawca powinien gromadzić i przekazywać w przypadku świadczeń udzielonych osobom, którzy uzyskali prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie ustawy o pomocy w zależności od sposobu potwierdzenia tego prawa. W tym zakresie przyjęto rozwiązanie, zgodnie z którym w przypadku potwierdzenia prawa do świadczeń przez dokument elektroniczny, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”, albo oświadczenia o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 50 ust. 2a i 6 ustawy – zakres przekazywanych danych i stosowane kody są identyczne, jak w przypadku potwierdzania prawa	Wejście w życie 6 kwietnia 2022 r.	ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 1 kwietnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (dziennikustaw.gov.pl)

		zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych	do świadczeń osób ubezpieczonych.		
11.04.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia	Przedmiotem projektu rozporządzenia jest wprowadzenie nowej dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia – psychoterapii uzależnień, w której osoby zainteresowane będą mogły odbywać szkolenie specjalizacyjne. Powyższe przyczyni się do poprawy opieki w obszarze ochrony zdrowia w zakresie leczenia uzależnień. Ustawa z dnia 17 listopada 2021 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2469) uwzględnia zmiany dotyczące systemu szkolenia w dziedzinie uzależnienia, które od dnia 1 stycznia 2022 r. jest prowadzone przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, które powstało w wyniku połączenia Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, zwanego dalej „KBPN”, z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Zmiany te wpisują się w funkcjonujący system prowadzenia szkoleń i uzyskiwania tytułu specjalisty w określonych dziedzinach ochrony zdrowia, wprowadzony ustawą z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia i przyczynią się do skoordynowania systemu szkoleń w dziedzinie uzależnienia, w którym istnieją obecnie trzy ścieżki dochodzenia do certyfikatu od dnia 1 stycznia 2022 r. prowadzone przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (dwie obsługiwane do dnia 31 grudnia 2021 r. przez KBPN, a jedna przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych). Umieszczenie systemu szkolenia w dziedzinie psychoterapii uzależnień w funkcjonującym systemie prowadzenia szkoleń wynikającym z przepisów ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia przyczyni się do uzyskania transparentnych i wystandaryzowanych warunków i trybu uzyskiwania akredytacji do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w zakresie psychoterapii uzależnień. Dotychczasowe regulacje zawarte w przepisach ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2020 r. poz. 2050, z późn. zm.) charakteryzowały się znacznie większym stopniem ogólności i nie odnosiły się do wielu ważnych aspektów występujących w procesie uzyskiwania akredytacji do prowadzenia	Wejście w życie 6 kwietnia 2022 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (dziennikustaw.gov.pl)

			szkolenia. W przepisach ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii nie znajdowały szczegółowego uregulowania kwestie dotyczące treści kształcenia w dziedzinie psychoterapii uzależnień. Przepisy ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia wskazują jasne standardy opracowania treści kształcenia i sposobu jego realizacji oraz regulują sposób prowadzenia nadzoru nad realizowanymi szkoleniami, co nie jest w żaden sposób uregulowane w dotychczas istniejącym systemie szkolenia w dziedzinie uzależnienia. Osoba posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie psychoterapii uzależnień będzie przygotowana do prowadzenia psychoterapii osób z zaburzeniami związanymi z używaniem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych i nowych substancji psychoaktywnych, zaburzeniami nawyków i popędów oraz bliskich tych osób. Rozwiązanie to spowoduje, iż system opieki zdrowotnej wzbogaci się o wysoko wyspecjalizowaną kadrę medyczną, która udzielać będzie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia uzależnień w warunkach stacjonarnych, dziennych i ambulatoryjnych. Kształcenie prowadzone w trybie szkolenia specjalizacyjnego zapewni pełny nadzór nad jakością kształcenia oraz kompetencjami przyszłych specjalistów. Szkolenie specjalizacyjne prowadzone byłoby w jednostkach akredytowanych, w oparciu o program specjalizacji zatwierdzony przez ministra właściwego do spraw zdrowia.		
11.04.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2022 r. w sprawie potwierdzania znajomości języka polskiego koniecznej do wykonywania zawodu farmaceuty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	1. Rozporządzenie określa: 1) zakres znajomości języka polskiego w mowie i w piśmie konieczny do wykonywania zawodu farmaceuty; 2) sposób przeprowadzania i potwierdzania pozytywnego złożenia egzaminu potwierdzającego znajomość języka polskiego, o którym mowa w art. 13 ust. 2 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, zwanego dalej „egzaminem”, w tym wzór zaświadczenia o pozytywnym złożeniu egzaminu ze znajomości języka polskiego; 3) wysokość opłaty za egzamin.	Wejście w życie 18 kwietnia 2022 r.	ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 22 marca 2022 r. w sprawie potwierdzania znajomości języka polskiego koniecznej do wykonywania zawodu farmaceuty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (dziennikustaw.gov.pl)

11.04.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie metody zapobiegania COVID-19	Zniesienie wymogu tłumaczenia zaświadczenia o odbytych szczepieniach w celu kontynuacji szczepienia przeciwko COVID-19 i wydawania Unijnego Certyfikatu COVID, zwanego dalej „UCC”, dla osób, które przekraczają granicę Rzeczypospolitej Polskiej z Ukrainą w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa. Projektowane rozporządzenie zakłada zwolnienie osób przekraczających odcinek granicy Rzeczypospolitej Polskiej z Ukrainą w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa, z niektórych obowiązków prawnych. Przedmiotowa nowelizacja ma na celu zwolnienie ww. osób z obowiązku tłumaczenia zaświadczenia o zaszczepieniu przeciwko COVID-19 na język polski przez tłumacza przysięgłego. Zmiany wprowadzone w przedmiotowym projekcie rozporządzenia są skorelowane z treścią rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 25 marca 2022 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 679).	Wejście w życie 5 kwietnia 2022 r. z mocą od dnia 24 lutego 2022 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie metody zapobiegania COVID-19 (dziennikustaw.gov.pl)
11.04.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 2022 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji	Projekt rozporządzenia realizuje upoważnienie zawarte w art. 34 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Uwzględniając zmiany w zakresie sytuacji epidemiologicznej związanej ze stanem epidemii podjęta została decyzja o konieczności rezygnacji z obowiązkowego kierowania na izolację albo izolację w warunkach domowych. Mając powyższe na uwadze istnieje konieczność dostosowania przepisów wykonawczych do aktualnych procedur postępowania. Proponowane rozporządzenie określa zatem: 1) choroby zakaźne i zakażenia powodujące powstanie obowiązku hospitalizacji, , oraz obowiązki lekarza lub felczera w przypadku podejrzenia lub rozpoznania takich zakażeń lub chorób; 2) organ, któremu jest przekazywana informacja o obowiązkowej hospitalizacji danej osoby; 3) obowiązki szpitala w przypadku samowolnego opuszczenia szpitala przez osobę podlegającą obowiązkowej hospitalizacji; 4) choroby zakaźne powodujące powstanie obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego, oraz okresy obowiązkowej kwarantanny. Wydane na podstawie powyższego upoważnienia rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 lutego 2022 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Dz. U. poz. 351, z późn. zm.) uwzględniło	Wejście w życie 28 marca 2022 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 2022 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji (dziennikustaw.gov.pl)

			sytuację z wprowadzonym stanem epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 oraz gwałtownemu szerzeniu się zachorowań wywołanych tym wirusem oraz podejmowaniem jak najszerzych i najskuteczniejszych działań związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. Obecnie uwzględniając poprawę stanu epidemiologicznego skutkującą zmniejszeniem gwałtownego rozprzestrzeniania się zakażeń tym wirusem oraz jego agresywność, co przyczyniło się również do zmniejszenia liczby osób hospitalizowanych za zasadne uznaje się odstąpienie od rozwiązań szczególnych, dedykowanych wyłącznie procedurom postępowania odnoszącą się do zachorowań na COVID-19 i stosowanie w tych przypadkach ogólnych zasad. Wprowadzono również przepis przejściowy stanowiący, że osoby odbywające w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia izolację, izolację w warunkach domowych lub kwarantannę odbywają ją na dotychczasowych zasadach.		
11.04.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 marca 2022 r. w sprawie kredytów na studia medyczne	Projekt wykonuje upoważnienie zawarte w art.103f ustawy dodane ustawą z dnia 17 listopada 2021 r. o zmianie ustawy - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz o niektórych innych ustaw (Dz. U. poz.). W projekcie określono: terminy i sposób składania wniosków o kredyt na studia medyczne, terminy i zakres informacji przekazywanych przez Bank Gospodarstwa Krajowego ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, o których mowa w art. 103e ustawy, termin zawarcia umowy o kredyt na studia medyczne, niezbędne elementy umowy o kredyt na studia medyczne, tryb wypłaty oraz spłaty kredytu na studia medyczne, sposób umarzania kredytu na studia medyczne przez ministra właściwego do spraw zdrowia, sposób dokonywania rozliczeń z tytułu pokrywania odsetek należnych bankom. W załączniku do rozporządzenia zamieszczono wzór wniosku o umorzenie kredytu na studia medyczne przez ministra właściwego do spraw zdrowia. W projekcie rozporządzenia założono, że o kredyt na studia medyczne będą mogli ubiegać się studenci (odbywający studia na kierunku lekarskim prowadzone w języku polskim na warunkach odpłatności) w dwóch terminach w danym roku tj. w okresie w okresie 21 dni od dnia rozpoczęcia danego semestru studiów, co skorelowane jest z terminem określonym w art. 103b ust. 1 ustawy, z którego wynika, że kredyt na studia medyczne jest wypłacany przez banki na rachunek uczelni nie później niż w terminie 60 dni od dnia rozpoczęcia danego semestru	Wejście w życie 1 kwietnia 2022 r.	ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 17 marca 2022 r. w sprawie kredytów na studia medyczne (dziennikustaw.gov.pl)

		studiów. Odstępstwo od ww. reguły stanowi § 12 projektu rozporządzenia, z którego wynika, że wniosek o kredyt na studia medyczne (obejmujący okres od pierwszego semestru roku akademickiego 2021/2022) będą mogli złożyć studenci w terminie 30 dni od dnia wejścia rozporządzenia w życie. Studenci będą mogli składać wnioski o udzielenie kredytu na studia medyczne albo w postaci papierowej albo elektronicznej poprzez system bankowości elektronicznej. W treści projektu rozporządzenia przewidziano, że umowa kredytu na studia medyczne będzie zawierana przez studenta z bankiem w terminie 14 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku o udzielenie kredytu na studia medyczne (§ 5 ust. 1). Ponadto w § 5 ust. 2 projektu określono elementy specyficzne dla umowy kredytu na studia medyczne, niemniej jednak w odniesieniu do umów o kredyt na studia medyczne zastosowanie mieć będzie również art. 69 ust. 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Prawo bankowe (Dz. U. z 2020 r. poz. 1896, z późn. zm.) określający inne elementy umowy kredytowej. Wypłata pierwszej transzy dokonywana będzie nie później niż w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy kredytu na studia medyczne, zaś wypłata kolejnej transzy kredytu przez bank będzie uzależniona od przedstawienia przez studenta dokumentu potwierdzającego kontynuowanie studiów w kolejnym semestrze (§ 6 ust. 1 i 2 projektu). Spłata kredytu na studia medyczne dokonywana będzie zgodnie z harmonogramem spłaty tego kredytu, na rachunek bankowy wskazany w umowie kredytu na studia medyczne (§ 7). W celu usprawnienia obsługi wniosków o umorzenie kredytu na studia medyczne przez ministra właściwego do spraw zdrowia w załączniku do projektu rozporządzenia określono wzór takiego wniosku (§ 8 ust. 2 projektu). Umorzenie kredytu na studia medyczne będzie możliwe w zależności od indywidualnej sytuacji w jakiej znalazł się kredytobiorca po ustaleniu okoliczności stanowiących podstawę wniosku o umorzenie tego kredytu. Z treści wniosku o umorzenie kredytu na studia medyczne wynika, że kredytobiorca zostanie zobowiązany do wskazania przyczyn ubiegania się o umorzenie kredytu na studia medyczne poprzez dokonanie wyboru spośród katalogu przesłanek stanowiących podstawę do ubiegania się o umorzenie kredytu na studia medyczne, co niewątpliwie przyczyni się do usprawnienia procesu rozpatrywania wniosków. Dodatkowo do wniosku o umorzenie kredytu na studia wnioskodawca będzie zobowiązany dołączyć dokumenty potwierdzające wystąpienie wszystkich okoliczności stanowiących		
--	--	--	--	--

			podstawę złożenia wniosku o umorzenie tego kredytu, w tym harmonogram spłaty tego kredytu (§ 8 ust. 3 projektu). Katalog dokumentów niezbędnych do ubiegania się o umorzenie kredytu został wskazany we wzorze wniosku stanowiącego załącznik do rozporządzenia.		
11.04.2022	Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie reklamy produktów leczniczych	Obecnie komunikaty i ostrzeżenia pojawiające się w reklamach produktów leczniczych są często niezrozumiałe i niejasne dla odbiorcy. Kierunkiem zmian powinno być zapewnienie lepszego odbioru przez pacjentów treści reklam produktów leczniczych, co przyczyni się do rozsądniejszego stosowania produktów leczniczych. W projektowanym rozporządzeniu przewiduje się następujące zmiany: 1) zmianę treści ostrzeżeń dotyczących bezpieczeństwa stosowania produktu leczniczego – obecne ostrzeżenie nie wykazuje potencjału do budowania pożądanых postaw u odbiorców służących bezpieczeństwu stosowania produktów leczniczych zgodnie z ulotką. Powyższa sytuacja wpływa niekorzystnie na odbiorcę przekazu reklamowego, bardzo słabo reagującego na odczytane ostrzeżenie, co w konsekwencji może wpływać na nierozsądną i nieodpowiedzialną konsumpcję leków. Proponowane nowe brzmienie ostrzeżeń buduje u odbiorcy pożądaną nawyk konieczności zapoznawania się z ulotką informacyjną dołączoną do opakowania, która zawiera informacje dotyczące bezpiecznego dawkowania, stosowania zgodnie ze wskazaniami oraz z wszelkimi przeciwwskazania do stosowania produktu leczniczego. Należy podkreślić, że ostrzeżenie nie było zmieniane od dnia wejścia w życie rozporządzenia (tj. od 28 listopada 2008 r.). Jednocześnie zjawisko stałego wzrostu liczby reklam produktów leczniczych zawierających przedmiotowe ostrzeżenie, a tym samym jego powtarzalność, kierowanych do publicznej wiadomości za pośrednictwem stacji telewizyjnych radiowych oraz innych mediów, wywołuje u adresata reklamy znużenie jego treścią i negatywne odniesienie się do jego treści, co może skutkować nadmierną i nierozważną konsumpcją produktów leczniczych stosowanych w samoleczeniu, a zatem bez kontroli lekarza. Wprowadzenie ostrzeżenia w trzech różniących się wersjach lecz z zachowaniem głównego przekazu zwróci uwagę odbiorcy na nowy element reklamy oraz zawarty w nim przekaz. Odbiorca reklamy, jak było dotychczas – z jedną wersją ostrzeżenia, mógł ignorować jego treść, gdyż słyszał lub czytał takie ostrzeżenie wielokrotnie. Zakłada się, że wprowadzenie trzech wersji ostrzeżeń spowoduje, że reklamy produktów leczniczych będą różniły się pod tym	Konsultacje	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

			względem między sobą, co spowoduje koncentracją uwagi odbiorców reklamy na treści ostrzeżenia; 2) odstąpienie od obowiązku wskazywania przeciwwskazań do stosowania produktu leczniczego w reklamie kierowanej do publicznej wiadomości – należy zauważyć, że tekst odnoszący się do przeciwwskazań zawarty w reklamie jest niezrozumiały dla odbiorcy, często jest odczytywany w sposób szybki i zawiera wiele danych, które i tak nie zostaną zapamiętane przez odbiorcę; źródłem informacji o stosowaniu leku, jego działaniu, wskazaniach i przeciwwskazaniach powinna być dla pacjenta ulotka informacyjną dołączona do opakowania czytana w skupieniu przed zastosowaniem leku; 3) jako zmianę porządkującą, wprowadzono uaktualnienie nomenklatury, z uwagi na fakt wejścia w życie (po wejściu w życie zmienianego rozporządzenia) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633 i 655).		
11.04.2022	Ustawa	Projekt ustawy o zmianie ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej	Osoby umieszczone w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniem Dysocjalnym, zwanym dalej „Ośrodkiem”, są osobami uznanymi za stwarzające zagrożenie: 1) które odbyły prawomocnie orzeczoną karę pozbawienia wolności lub karę 25 lat pozbawienia wolności, wykonywaną w systemie terapeutycznym; 2) u których w trakcie postępowania wykonawczego występowały zaburzenia psychiczne w postaci upośledzenia umysłowego, zaburzenia osobowości lub zaburzenia preferencji seksualnych; 3) u których stwierdzone zaburzenia psychiczne mają taki charakter lub takie nasilenie, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej, zagrożonego karą pozbawienia wolności, której górna granica wynosi co najmniej 10 lat. Osoby umieszczone w Ośrodku wymagają zatem, zarówno z uwagi na ich bezpieczeństwo i prowadzone postępowanie terapeutyczne oraz bezpieczeństwo osób zatrudnionych w Ośrodku i w nim przebywających, stosowania właściwych rozwiązań, uwzględniających także ograniczenia w sferze swobody życia, którą stanowią konstytucyjnie gwarantowane wolności i prawa człowieka, a także mogą wprowadzać odstępstwa w zakresie praw pacjenta. W obecnym stanie prawnym rozwiązania, o których mowa wyżej, znajdują wprawdzie częściowo uregulowanie w ustawie z dnia 22 listopada 2013	Konsultacje	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

		r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. z 2021 r. poz. 1638), jednak mają one charakter bardzo ogólny, bez precyzowania ich zakresów i granic możliwych ingerencji. Przyjęto bowiem założenie, że ich uszczegółowienie i doprecyzowanie, przy uwzględnieniu indywidualnego postępowania terapeutycznego prowadzonego wobec każdej osoby umieszczonej w Ośrodku na podstawie indywidualnego planu terapii oraz należytej ochrony bezpieczeństwa i porządku w Ośrodku, nastąpi w drodze odpowiednich regulaminów i innych przepisów wydawanych przez kierownika Ośrodka. W związku z powyższym w przepisach ustawy brakuje szczegółowych regulacji dotyczących m. in.: 1) praw i obowiązków osób umieszczonych w Ośrodku, w tym trybu kontroli, organizacji odwiedzin i doręczania paczek, udzielania zgody na udział w pogrzebie najbliższej osoby i nadzoru nad korespondencją; 2) możliwości zastosowania zabezpieczenia w postaci umieszczenia osoby, wobec której toczy się postępowanie sądowe w Ośrodku do czasu wydania prawomocnego orzeczenia; 3) ochrony prawnej pracowników Ośrodka; 4) sankcji karnych na wypadek ucieczki osoby stwarzającej zagrożenie, Mając jednak na uwadze zakres spraw objęty ww. regulaminami oraz postulaty zgłaszane przez Rzecznika Praw Obywatelskich, kierownika Ośrodka, osoby umieszczone w Ośrodku oraz inne zainteresowane podmioty, za zasadne i konieczne uważa się podjęcie działania w celu unormowania praw i obowiązków osób umieszczonych w Ośrodku co do zasady w przepisach powszechnie obowiązujących. Ponadto wprowadzenie w ustawie zasady, zgodnie z którą w sprawach związanych z realizacją obowiązków określonych w przepisach prawa budowlanego, w odniesieniu do nieruchomości wchodzących w skład Ośrodka, organem pierwszej instancji będzie wojewoda, przyspieszy sprawy związane z rozbudową Ośrodka. Projekt ustawy wprowadza zmiany w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób, ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, z późn. zm.) oraz w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.).		
--	--	--	--	--

			Zasadniczym celem opracowanego projektu ustawy jest wprowadzenie i poszerzenie ustawowych regulacji odnoszących się do kwestii mających wpływ na pobyt osób umieszczonych w Ośrodku, tak aby kluczowe obszary dotyczące praw i obowiązków osób umieszczonych w ośrodku wszelkie regulacje dotyczące sytuacji tych osób w Ośrodku znajdowały podstawy w akcie ustawowym. Proponowane zmiany dotyczą przede wszystkim określenia procedury postępowania wobec osób przyjmowanych do Ośrodka, praw i obowiązków osób umieszczonych w Ośrodku, zasad sprawowania kontroli w odniesieniu do osób umieszczonych w Ośrodku, zasad udzielania zezwolenia na czasowy pobyt poza Ośrodkiem, jak również zasad wprowadzania odstępstw w zakresie ustalonego porządku wewnętrznego Ośrodka oraz w odniesieniu do osób umieszczonej w Ośrodku. Przedmiotowy projekt ustawy ma kluczowe znaczenie w kontekście zapewnienia właściwych warunków postępowania terapeutycznego wobec osób umieszczonych w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym, stwarzających zagrożenie dla życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób, a także utrzymania właściwych warunków bezpieczeństwa, zarówno osobom w nim umieszczonym, jak i personelowi Ośrodka. Projektowane zmiany zakładają: 1) wprowadzenie obowiązku określenia sposobu i warunków prowadzenia postępowania terapeutycznego w regulaminie organizacyjnym, sporządzanym przez kierownika Ośrodka na podstawie art. 23 ust. 1 ustawy dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej; 2) wprowadzenie przepisów, zgodnie z którymi w sprawach związanych z realizacją obowiązków określonych w przepisach prawa budowlanego, w odniesieniu do nieruchomości wchodzących w skład Ośrodka, organem pierwszej instancji będzie wojewoda; 3) określenie terminu (nie krótszego niż 6 miesięcy i nie dłuższego niż 13 miesięcy) na przechowywanie utrwalonego obrazu lub dźwięku, które nie zawierają informacji wskazujących na popełnienie przestępstwa lub nie są istotne dla bezpieczeństwa Ośrodka lub bezpieczeństwa osób stwarzających zagrożenie umieszczonych w Ośrodku, o ile nie zostaną one zabezpieczone jako dowód w sprawie w przypadku toczącego się postępowania; 4) określenie procedury postępowania wobec osób przyjmowanych do Ośrodka, która obejmuje m. in. przeprowadzenie badania lekarskiego i zapoznanie osób umieszczonych w Ośrodku z jej prawami i		
--	--	--	---	--	--

		obowiązkami; 5) wprowadzenie możliwości zastosowania środka zabezpieczającego w postaci umieszczenia w Ośrodku osoby, wobec której toczy się postępowanie sądowe w przedmiocie umieszczenia w Ośrodku, przed wydaniem prawomocnego wyroku; 6) rozszerzenie regulacji dotyczących unormowania praw i obowiązków osób umieszczonych w Ośrodku, obejmujących poszanowanie godności osobistej i prywatności, ochronę przed przemocą fizyczną i psychiczną, możliwość osobistego i telefonicznego kontaktu z członkami rodziny i innymi bliskimi osobami oraz z innymi osobami, prowadzenie korespondencji i korzystanie z innych środków porozumiewania się na odległość, w tym ze środków komunikacji elektronicznej, dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych poza Ośrodkiem, posiadanie środków pieniężnych i dysponowanie nimi, a także wykonywanie praktyk religijnych i korzystanie z usług religijnych, z uwzględnieniem ograniczeń wynikających z zachowania zasad bezpieczeństwa w Ośrodku oraz skuteczności prowadzonego postępowania terapeutycznego; 7) określenie zasad, okoliczności i procedury przeprowadzania określonego rodzaju kontroli w Ośrodku, w tym kontroli przekazywanych paczek, kontroli pomieszczeń, kontroli przedmiotów, kontroli osobistej oraz kontroli pobieżnej; 8) określenie zasad odwiedzin osób umieszczonych w Ośrodku, w tym wymagań odnośnie osób odwiedzających; 9) uregulowanie zasad udzielenia zgody na udział osoby umieszczonej w Ośrodku w pogrzebie najbliższej osoby; 10) doprecyzowanie przepisów dotyczących udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych osobom umieszczonym w Ośrodku; 11) dookreślenie zadań wykonywanych przez pracowników służby ochrony w Ośrodku oraz poza Ośrodkiem, np. podczas konwojowania osób umieszczonych w Ośrodku do sądu, na pogrzeb czy do innego podmiotu leczniczego w celu udzielenia świadczenia zdrowotnego; 12) rozszerzenie katalogu osób zatrudnionych w innych szpitalach niż szpitale przeznaczone dla osób pozbawionych wolności, które przy wykonywaniu swoich obowiązków mają bezpośredni kontakt z pacjentami umieszczonymi w danym szpitalu na podstawie orzeczenia sądu, uprawnionych do stosowania numerycznych znaków identyfikacyjnych;		
--	--	--	--	--

			13) umożliwienie sądowi apelacyjnemu nadrzędnemu nad sądem okręgowym do wykonywania czynności w zakresie pobytu i wypisania osoby (określone w rozdziałach 5 i 7) umieszczonej w Ośrodku; 14) uregulowanie kwestii orzekania przez sąd o zasadności przeprowadzenia zabiegu lekarskiego (chirurgicznego) w przypadku sprzeciwu osoby umieszczonej w Ośrodku wobec jego dokonania; 15) umożliwienie sądowi apelacyjnemu nadrzędnemu nad sądem okręgowym do rozpoznania wniosku o ustalenie dalszej potrzeby pobytu osoby w Ośrodku, tak aby następowała weryfikacja wniosku przez sąd inny niż ten, który kontroluje na bieżąco sprawę; 16) wprowadzenie przepisów karnych odnośnie ucieczki z Ośrodka.		
11.04.2022	Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej	Brak możliwości składania oświadczenia o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej przez nową grupę uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. poz. 583, 682, 683 i 684) w celu potwierdzenia prawa do świadczeń. Wprowadzenie wzorów oświadczeń dla nowej grupy uprawnionych na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa.	Skierowanie aktu do ogłoszenia	dokument549528.docx (live.com)
11.04.2022	Ustawa	Projekt ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych	Projekt ustawy ma na celu dokonanie zmian w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1801), zwanej dalej „ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r.”, w taki sposób, aby wprowadzić do porządku prawnego ustalenia z reprezentatywnymi organizacjami związków zawodowych i reprezentatywnymi organizacjami pracodawców i zawarte w stanowisku Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia, zwanego dalej „Trójstronnym Zespołem”, z dnia 5 listopada 2021 r. (w zakresie jak wskazano w pkt 2 OSR). Projektowane zmiany zakładają: 1) określenie nowego brzmienia załącznika do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r., w którym zostanie określony nowy podział na grupy zawodowe	Konsultacje	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

		według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku pracy oraz nowe wysokości współczynników pracy, zgodnie ze stanowiskiem Trójstronnego Zespołu z dnia 5 listopada 2021 r.; projektowana regulacja – podwyższenie współczynników pracy od dnia 1 lipca 2022 r. – uwzględniać ma istniejący już w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. coroczny „mechanizm waloryzacyjny” – art. 3a; 2) zmianę brzmienia art. 5 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. w celu powiązania określanych w porozumieniu albo zarządzeniu zasad wynagradzania pracowników innych niż pracownicy działalności podstawowej, ze średnim wzrostem wynagrodzeń w danym podmiocie leczniczym, w taki sposób, aby wynagrodzenia tych osób zapewniały wysokość odpowiadającą adekwatnemu średniemu wzrostowi wynagrodzenia w danym podmiocie w ustalonym okresie; 3) dodanie do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. przepisu zobowiązującego podmiot leczniczy będący pracodawcą do określenia w umowie o pracę każdego pracownika objętego zakresem ustawy informacji o grupie zawodowej, do której powinien zostać przypisany w związku z kwalifikacjami wymaganymi na zajmowanym stanowisku pracy. W poniższej tabeli wskazano grupy zawodowe wskazane w stanowisku Trójstronnego Zespołu oraz porównanie współczynników pracy i wynikających z nich wysokości najniższych wynagrodzeń zasadniczych w poszczególnych grupach (w kolumnie 4 wskazano wysokości najniższych wynagrodzeń zasadniczych obliczonych jako iloczyn obecnie obowiązujących współczynników pracy oraz kwoty przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2020 r. ogłoszonego w Komunikacie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 9 lutego 2021 r. w kwocie 5167,47 zł; w kolumnie 6 wskazano wysokości najniższych wynagrodzeń zasadniczych obliczonych jako iloczyn współczynników pracy uzgodnionych przez Trójstronny Zespół oraz kwoty przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2021 r. określonej w komunikacie Prezesa GUS z dnia 9 lutego 2022 r. w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2021 r. w wysokości 5662,53 zł.) W projekcie ustawy przewiduje się również zmianę brzmienia art. 5 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. w celu powiązania określanych w porozumieniu albo zarządzeniu zasad wynagradzania pracowników innych niż pracownicy działalności podstawowej ze średnim wzrostem wynagrodzeń w danym podmiocie leczniczym, w taki sposób, aby		
--	--	---	--	--

			wynagrodzenia tych osób zapewniały wysokość odpowiadającą adekwatnemu średniemu wzrostowi wynagrodzenia w danym podmiocie w ustalonym okresie. W celu zwiększenia transparentności procesu realizacji ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. wobec poszczególnych pracowników objętych zakresem jej art. 3 w projekcie ustawy przewidziano dodanie przepisu zobowiązującego podmiot leczniczy będący pracodawcą do określenia w umowie o pracę każdego pracownika objętego zakresem ustawy informacji o grupie zawodowej, do której powinien zostać przypisany w związku z kwalifikacjami wymaganymi na zajmowanym stanowisku pracy. Działanie takie pozwoli również na łatwiejszą kontrolę prawidłowości wdrożenia ustawy przez podmioty wskazane w art. 4, tj.: podmioty tworzące w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711, z późn. zm.) lub Państwową Inspekcję Pracy. Ponadto w projekcie przewidziano uchylenie art. 6 ustawy. Wynagrodzenia zasadnicze stażysty i rezydenta określane są corocznie przez Ministra Zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Wysokość tego wynagrodzenia uwzględnia podwyżkę wynikającą z przepisów ustawy z 8 czerwca 2017 r. Corocznie zwiększająca się kwota przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie wysokości najniższego wynagrodzenia zasadniczego oraz rosnąca liczba stażystów i rezydentów (trudna do przewidzenia) uzasadnia wykreślenie przedmiotowych limitów.		
11.04.2022	Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu informacji gromadzonych w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia oraz	Zmiana rozporządzenia wynika z konieczności monitorowania stanów magazynowych oraz wielkości zużycia środków ochrony osobistej. Nowelizacja rozporządzenia w § 2 pkt 3 zmienia zakres danych dotyczących środków ochrony osobistej wykorzystywanych w podmiotach leczniczych. Zmiana umożliwi monitorowanie stanów magazynowych oraz wielkości zużycia środków ochrony osobistej w podmiotach leczniczych, co pozwoli na właściwe zarządzanie środkami ochrony osobistej z uwzględnieniem potrzeby usługodawców (np. przez tworzenie i udostępnianie asortymentu rezerw strategicznych lub regulacje w zakresie obrotu takimi środkami). Wykaz środków ochrony osobistej, stanowiący część II załącznika do rozporządzenia, dostosowano do przyjętej nomenklatury i podstawowego asortymentu stosowanego w celu ochrony przed czynnikami infekcyjnymi. Ww. zmiany pozwolą na podejmowanie właściwych działań w zakresie kreowania polityki zdrowotnej państwa.	Konsultacje	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

		sposobu i terminów przekazywania tych informacji			
22.03.2022	Ustawa	Poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodzie farmaceuty	Dotyczy dodania przepisu, zgodnie z którym farmaceucie w czasie wykonywania swoich ustawowych czynności przysługiwać będzie ochrona prawna należna funkcjonariuszowi publicznemu	Konsultacje	https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/Projekty/9-020-840-2022/\$file/9-020-840-2022.pdf
22.03.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 marca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych	Dotychczasowe wzory dyplomu uzyskania tytułu pielęgniarki specjalisty i dyplomu uzyskania tytułu położnej specjalisty mogą być wykorzystywane nie dłużej niż do dnia 12 lipca 2022 r.	Wejście w życie 4 kwietnia 2022 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D202200064801.pdf
22.03.2022	Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzoru dokumentu „Prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty”	Zgodnie z art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2021 r. poz. 553), zwanej dalej „ustawą”, minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Krajowej Rady Fizjoterapeutów, został obowiązany do wydania rozporządzenia określającego wzór dokumentu „Prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty”, zwanego dalej „PWZ fizjoterapeuty”, mając na względzie treść informacji, jakie mają znajdować się w tym dokumencie. Przedstawienie projektowanego rozporządzenia jest konieczne ze względu na przepis art. 12 ustawy z dnia 24 czerwca 2021 r. o zmianie ustawy o Agencji Badań Medycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1559), który zachowuje w mocy dotychczasowe przepisy wykonawcze do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 24 ust. 2 ustawy, jednak nie dłużej niż do dnia 11 lipca 2022 r. Projektowane rozporządzenie zastępuje przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 kwietnia 2017 r. w sprawie wzoru dokumentu „Prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty” (Dz. U. z 2020 r. poz. 1715).	Konsultacje publiczne	https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12357853/12863296/12863297/dokument547578.pdf

			Wydanie rozporządzenia na podstawie upoważnienia zawartego w art. 24 ust. 2 ustawy ma na celu określenie wzoru dokumentu PWZ fizjoterapeuty, oraz szczegółowych rodzajów zabezpieczenia go przed przerobieniem, podrobieniem lub użyciem przez osobę nieuprawnioną, kierując się koniecznością zapewnienia ochrony danych osobowych oraz sposobem użytkowania dokumentu. Wzór dokumentu PWZ fizjoterapeuty, ma określony układ graficzny oraz kolorystykę i parametry, dane spełniające umożliwienie maksymalnego zabezpieczenia dokumentu przed jego podrobieniem i wydawanie jednolicie brzmiącego i wyglądającego dokumentu przez długi okres czasu, pomimo zmieniających się warunków technicznych związanych z drukowaniem dokumentu. Ponadto, dokument PWZ fizjoterapeuty spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 22 listopada 2018 r. o dokumentach publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1660 i 1997) i posiada szereg zabezpieczeń zgodnych z przepisami tej ustawy. Wydane dotychczas dokumenty „Prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty” na podstawie dotychczasowych przepisów zachowują ważność.		
21.03.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 29/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 10 marca 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w	Zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 7/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 stycznia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenia uzależnień, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego wynikającego z art. 146 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.). Nowelizacja ma na celu dostosowanie przepisów zarządzenia do postanowień rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 2400), zwanej dalej "nowelizacją rozporządzenia", oraz wprowadzenie przepisów ogłoszonego przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji obwieszczenia z dnia 21 stycznia 2022 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży, zwanego dalej "obwieszczeniem", regulujących nowy sposób pokrywania kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dedykowanych dzieciom i	Wejście w życie 11 marca 2022 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/215/Zarz%C4%85dzenie-29_2022_DSOZ

		rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	młodzieży, o których mowa w załączniku 8 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285, z późn. zm.), zwanego dalej "rozporządzeniem". Zmiany w zakresie § 2 ust. 1 pkt 3, pkt 6 i 10, § 5 ust. 1, § 11 ust. 1, § 12 pkt 3 i 5, § 14 ust. 2, § 18 ust. 1 pkt 2, 4, 10, 13, 21, 24 i 40 oraz § 18 ust. 7 zarządzenia związane są z dodaniem nowego załącznika nr 1a, stanowiącego Katalog zakresów świadczeń określonych w załączniku nr 8 do rozporządzenia. Obwieszczeniem Prezesa Agencji wprowadzono nowy sposób finansowania świadczeń w zakresie I poziomu referencyjnego, tj. zespołu środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży, zwanego dalej "zespołem - I poziom referencyjny", oraz ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny, zwanego dalej "ośrodkiem - I poziom referencyjny", polegający na opłacaniu w formie ryczałtu miesięcznego, 1/3 godzin pracy personelu, w ramach których realizowane są konsylia, sesje koordynacji oraz superwizje, oraz pokryciu kosztów infrastruktury i obsługi poradni oraz dojazdów do świadczeniobiorcy. Pozostały czas pracy personelu, określony w załączniku nr 8 do rozporządzenia, przeznacza na realizację świadczeń gwarantowanych jednostkowych, określonych w załączniku nr 8 do rozporządzenia, które Fundusz finansuje odrębnie za każde udzielone świadczenie, za pomocą wagi punktowej oraz ceny jednostkowej. W celu umożliwienia rozliczenia świadczeń w powyższy sposób, w zakresach I poziomu referencyjnego, tj. zespołu oraz ośrodka, w zakresie lp. 1 i 2 załącznika nr 1a wprowadzono produkt skojarzony, który umożliwi świadczeniodawcy wystawienie stosownego rachunku obejmującego ryczałt miesięczny oraz rozliczenie produktów rozliczeniowych. Jednocześnie w załączniku nr 1 do zarządzenia Nr 7/2020/DSOZ dla zakresów świadczeń określonych w lp. 1-3, dodano objaśnienie dotyczące ich stosowania - do rozliczeń świadczeń udzielanych do 28 lutego 2022 r. oraz w sytuacji, w której w związku z wypowiedzeniem umowy w zakresie ośrodka - I poziom referencyjny, świadczeniodawca udziela świadczeń przez dwa miesiące na podstawie przepisów zarządzenia zmienianego, w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia. Do uregulowanego w § 2 ust. 1 słowniczka wprowadzono definicję konsylium (pkt 3a), centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i		
--	--	--	--	--	--

		młodzieży - poradnia zdrowia psychicznego - II poziom referencyjny (pkt 16a), sesji koordynacji (pkt 16b) oraz zespołu środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjnym (pkt 22). Jednocześnie w zakresach definicji określonych w § 2 ust. 1 pkt 7, 8 oraz 16 zmieniono adresy odwołań do przepisów rozporządzenia. W związku z wprowadzoną zmianą w załączniku nr 8 do rozporządzenia polegającą na dodaniu 2 zakresów, czyli utworzeniu 5 zakresów w miejsce 3, w definicjach, które były uregulowane dotychczas w zarządzeniu zmienianym, dostosowano liczbę porządkową do obowiązujących w załączniku nr 8 do rozporządzenia. W § 2 ust. 1 pkt 15 uregulowano nowe brzmienie ryczałtu miesięcznego, natomiast w pkt 13 i 19 zmieniono jedynie adresy promulgacyjne. W przepisie § 18 ust. 1 pkt 4 zarządzenia zmienianego uregulowano nowy sposób rozliczania ryczałtu miesięcznego. Przy tym jednocześnie uchylono § 18 ust. 1 pkt 4a oraz dodano pkt 4b, w którym określono sposób sprawozdawania w ramach ww. ryczałtu udziału w konsyliach oraz super wizjach, a także przeprowadzonych sesjach koordynacji na rzecz świadczeniobiorców. Jednocześnie ze względu na fakt, że w ramach ryczałtu miesięcznego przekazywane są środki finansowe na utrzymanie infrastruktury poradni oraz jej obsługi, reguluje się sposób użytkowania tych pomieszczeń. Przepisy § 18 ust. 1 pkt 5 i 6 uchylono, dodając jednocześnie pkt 5a, 5b, 6a, i 6b, w których określa się personel jaki winien zawierać załącznik nr 2 do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w przypadku zakresów I poziomu referencyjnego, tj. zespołu oraz ośrodka, o których mowa w lp. 1 i 2 załącznika nr 8 do rozporządzenia, wraz z możliwością zatrudnienia dodatkowego personelu. Wprowadzony przepis § 18 ust. 1 pkt 5c i 6c zarządzenia reguluje sposób finansowania przez Fundusz świadczeń zrealizowanych przez personel dodatkowy, w związku z przekroczeniem zobowiązania finansowego Funduszu określonego w umowie. W związku z przeprowadzeniem przez Fundusz kontroli świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie ośrodka - I poziom referencyjny, dodano przepis w § 18 ust. 1 pkt 6d zarządzenia, uniemożliwiający zatrudnienie przez świadczeniodawcę personelu jednocześnie zatrudnionego w podmiotach innych niż lecznicze, w których przebywają świadczeniobiorcy objęci opieką przez dany podmiot leczniczy. Dodano przepis § 18 ust. 1 pkt 41, w którym wskazano liczbę świadczeń finansowaną przez Fundusz w zakresie I		
--	--	---	--	--

		poziomu referencyjnego, tj. zespołu i ośrodka, z uwzględnieniem możliwości realizacji świadczeń ponad zobowiązanie Funduszu w przypadku zatrudnienia dodatkowego personelu. W kolejnym przepisie, tj. pkt 42 uregulowano sposób ich sumowania do rozliczenia w miesiącu, biorąc pod uwagę czas ich trwania oraz liczbę personelu zaangażowanego w ich udzielanie. W pkt 43 wskazuje się, że pozostałe godziny pracy personelu przeznacza na udział w konsyliach i super wizjach, oraz na sesję koordynacji. W przepisie § 18 ust. 1 pkt 44 zarządzenia zmieniającego reguluje się sposób sprawozdawania świadczenia w przypadku zrealizowania go przez dwie osoby, natomiast w pkt 45 tego przepisu - sposób sprawozdawania uczestników sesji grupowej, rodzinnej oraz sesji wsparcia psychospołecznego, w związku ze zmianą sposobu finansowania tych sesji, tj. finansowanie sesji - nie zaś uczestnika sesji. Zmiana wprowadzona w § 18 ust. 4 dotyczy poszerzenia zakresu świadczeń jednostkowych, dla których powstaje obowiązek odnotowania w dokumentacji medycznej godziny oraz minuty ich rozpoczęcia i zakończenia. Przedmiotowa zmiana wynika ze zmiany definicji świadczeń gwarantowanych określonych w załączniku nr 8 do rozporządzenia, dla których określony został czas ich trwania. Podobnej zmiany rozszerzającej zakres świadczeń dokonano w § 18 ust. 4a zarządzenia zmieniającego, gdzie dopisano świadczenie w zakresie: wizyta, porada domowa lub środowiskowa oraz zmieniono obowiązek odnotowania miejsca pobytu pacjenta na miejsce udzielania świadczeń. Natomiast w ust. 4b § 18 - doprecyzowano, w ramach których świadczeń gwarantowanych jednostkowych określonych w załączniku nr 1a do zarządzenia, należy sprawozdać wynik diagnozy psychologicznej. Ponadto, niniejszym zarządzeniem wprowadza się zmiany o charakterze porządkowych w zakresie:- § 12 pkt 3 - dodaje się zakresy ambulatoryjne określone w załączniku nr 8 do rozporządzenia i wymienione w załączniku nr 1a do zarządzenia,- § 12 pkt 4 - przepis uchyla się, ze względu na zawarcie zakresu ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny, w przepisie § 12 pkt 3,- § 12 pkt 6 - uchyla się ze względu na zmianę brzmienia świadczenia gwarantowanego w zakresie ośrodek wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej - III poziom referencyjny,- § 18 ust. 1 pkt 7 i 8 - z treści przepisu, usuwa się wyrazy "centrum - II poziom referencyjny oraz ośrodek - III poziom referencyjny", ze względu na fakt, że oddziały w ramach, których są		
--	--	---	--	--

		udzielane świadczenia zostały określone w innych przepisach,- § 18 ust. 1 pkt 12a - przepis dostosowuje się do wymagań wprowadzonych nowelą rozporządzenia dotyczących liczby godzin udzielania świadczeń w oddziale dziennym psychiatrycznym rehabilitacyjnym dla dzieci i młodzieży, o którym mowa w załączniku nr 8 do rozporządzenia,- § 18 ust. 1 pkt 15a - przepis uchyla się, ze względu na zmianę finansowania I poziomu referencyjnego, w tym sesji rodzinnych, grupowych oraz sesji wsparcia psychospołecznego. Dotychczas w ramach ośrodka - I poziom referencyjny przedmiotowe świadczenia rozliczane były w ramach ryczału, gdzie należało sprawozdać uczestników sesji zgodnie z liczbą określoną dla poszczególnych świadczeń, natomiast do ryczału wliczało się jedną sesję, niezależnie od liczby uczestników. Obecnie rozliczeniu podlega sesja przy założeniu obowiązku sprawozdania wszystkich uczestników sesji. W związku z tym wprowadza się jednostkowy produkt rozliczeniowy z wagą punktową dla pierwszego uczestnika sesji - zaś dla pozostałych uczestników, jednostkowy produkt sprawozdawczy z wagą punktową równą zero,- § 18 ust. 1 pkt 17 - wprowadza się zastrzeżenie, że sposób rozliczenia świadczeń określony w przedmiotowym przepisie nie dotyczy zakresów świadczeń określonych w załączniku nr 8 do rozporządzenia. Jednocześnie w § 18 ust. 1 pkt 17a reguluje się sposób rozliczania wizyt, porad domowych lub środowiskowych, ze względu na wprowadzenie do rozporządzenia różnych czasów ich trwania, w zależności czy jest ono realizowane w tym samym dniu w jednym miejscu dla pierwszego świadczeniobiorcy czy dla kolejnego,- § 18 ust. 1 pkt 35 - zmienia się sposób odwołania się do przepisów rozporządzenia. Zamiast wyliczenia zakresów z załącznika nr 8 do rozporządzenia, wprowadza się ogólne odwołanie do tych świadczeń,- § 18 ust. 1 pkt 39 - w treści przepisu zmienia się stosowne odwołanie do tego zakresu w załączniku do rozporządzenia. Do zarządzenia zmienianego wprowadza się przepisy przejściowe regulujące kwestie w zakresie: 1) § 2 - zobowiązujący dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu do wprowadzenia niezbędnych zmian wynikających z niniejszego zarządzenia oraz przepisu określonego w § 2 noweli rozporządzenia, 2) § 3 - regulujący sytuację świadczeniodawców realizujących umowę w zakresie ośrodka - I poziom referencyjny, którzy na dzień 28 lutego 2022 r. w załączniku nr 2 do umowy (harmonogramy-zasoby) wykazali dodatkowy personel, tj. personel ponad wymagany przepisami rozporządzenia, w związku z wprowadzeniem nowego sposobu rozliczania świadczeń w ww.		
--	--	---	--	--

			zakresie,3) § 4 - regulujący sposób postępowania w przypadku nieustalenia kwoty zobowiązania albo warunków finansowania zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie ośrodka - I poziom referencyjny,4) § 5 - określający sposób rozliczania świadczeń udzielonych do dnia wejścia w życie zarządzenia. Zarządzenie, zgodnie z § 6, wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania. Wprowadzone zmiany wpisują się w kluczowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia cele określone w Strategii na lata 2019-2023, m.in. (cel 2) - Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Zarządzenie zmieniające zostało przedstawione do konsultacji zewnętrznych, w ramach których opinie wyraziło 67 podmiotów, w tym 8 podmiotów zgłosiło uwagi po terminie. Dwa podmioty nie zgłosiły uwag. Łącznie otrzymano 303 stanowiska, w których poruszono około 50 kwestii. W związku ze zgłoszonymi uwagami zmodyfikowano przepisy dotyczące możliwości wprowadzenia do załącznika nr 2 do umowy (harmonogramy-zasoby) dodatkowych etatów w określonych okolicznościach raz uregulowano sposób finansowania świadczeń udzielonych dodatkowym personelem. Wprowadzono w załączniku nr 1a możliwość sprawozdawania konsylium, w którym uczestniczy jedynie personel świadczeniodawcy. Podwyższono w załączniku nr 1a wagi punktowe dla porady psychologicznej diagnostycznej (50-70 minut), porady psychologicznej diagnostycznej (80-100 minut) oraz sesji psychoterapii indywidualnej (50-70 minut), w zakresie II poziomu referencyjnego, co stanowiło wypełnienie polecenia Ministra Zdrowia z dnia 19 lutego 2022 r., znak: ZPP.743.25.2022.MS. Wprowadzono regulację znoszącą rozliczenie ryczałtu miesięcznego w miesiącach styczeń-luty 2022 r. Usunięto przepis regulujący sposób wywiązywania się świadczeniodawcy z obowiązku organizowania konsultacji, obowiązek realizacji świadczeń w oddziale dziennym w zakresie centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – II poziom referencyjny, w godzinach popołudniowych oraz 60 dniowy standard leczenia w ww. zakresie, a także ograniczenie do jednej, możliwości realizacji porady psychologicznej diagnostycznej (80-100 minut) wraz z przeprowadzeniem testu psychologicznego w stosunku do jednego świadczeniobiorcy. Doprecyzowano sposób sprawozdawania wg ICD 10 rozpoznania Z03 i Z03 z rozszerzeniami w przypadku braku diagnozy postawionej przez lekarza		
21.03.20	Zarządze	ZARZĄDZENI	Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego	Wejście w	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/docu

22	nie	E NR 28/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 10 marca 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych	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". Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 3/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych, wprowadza następujące zmiany: 1) uchyleniu ulegają przepisy w zakresie programu pilotażowego realizowanego na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego dotyczącego kompleksowych badań patomorfologicznych JGPato z dnia 16 grudnia 2020 r. (Dz.U. z 2020 r. poz. 2360). Powyższe zmiany wynikają z zakończenia okresu realizacji programu pilotażowego, określonego w ww. rozporządzeniu;2) w załączniku nr 1on do zarządzenia (katalog onkologicznych świadczeń kompleksowych) zmieniono wartość punktową następujących produktów rozliczeniowych: a) 5.11.00.0000010 Wizyta fizjoterapeutyczna w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych, b) 5.11.00.0000011 indywidualna praca z pacjentem (np. Ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie mniej niż 30 min. w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych, c) 5.11.00.0000012 masaż suchy - częściowy - minimum 20 minut na jednego pacjenta , w tym min. 15 minut czynnego masażu, masaż limfatyczny ręczny, masaż podwodny w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych, d) 5.11.00.0000013 pozostałe zabiegi fizjoterapeutyczne w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych. Wprowadzone zmiany mają na celu zachowanie spójności przepisów zmienianej regulacji z przepisami zarządzenia Nr 195/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką (w związku ze zmianami	życie 11 marca 2022 r.	ment/211/Zarz%C4%85dzenie-28_2022_DSOZ
----	-----	--	---	-------------------------------	---

			wprowadzonymi zarządzeniem Nr 7/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 stycznia 2022 r.). Biorąc po uwagę, że: - projekt zarządzenia wprowadzającego zmiany w zakresie wagi punktowej świadczeń w rehabilitacji (zarządzenie Nr 7/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 stycznia 2022 r.) zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.), został poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 14 dni,- uchylene przepisów w zakresie programu pilotażowego dotyczącego kompleksowych badań patomorfologicznych JGPato wynika z zakończenia okresu realizacji programu pilotażowego, określonego w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2020 r.– tym samym przepisy przedmiotowego zarządzenia nie wymagają konieczności opiniowania – symetryzacja przepisów w zakresie wyceny świadczeń oraz zakończenie realizacji pilotażu zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia. Przedmiotowe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Przepisy § 1 pkt 3 zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 lutego 2022 r. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania		
21.03.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 27/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 10 marca 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie	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 (z późn. zm.).Zmiany w ww. regulacji wynikają z możliwości procedowania dokumentów związanych z ratunkowym dostępem do technologii lekowych (RDTL) z wykorzystaniem aplikacji portalowej - Centralnej Bazy Wniosków i Decyzji (CBWiD). Aplikacja służy uproszczeniu, skróceniu i usprawnieniu składania i procedowania	Wejście w życie 1 kwietnia 2022 r., z wyjątkiem § 1 pkt 1, 3, 4, 8 i 9, które wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/207/Zarz%C4%85dzenie-27_2022_DSOZ

		podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej	niezbędnych dokumentów w ramach procedury RDTL dla świadczeniodawców, konsultantów krajowych i konsultantów wojewódzkich oraz oddziałów wojewódzkich NFZ. Przedmiotowe zarządzenie, wprowadza od dnia 1 kwietnia 2022 r. obowiązek procedowania dokumentacji związanej z RDTL z wykorzystaniem aplikacji CBWiD, zgodnie z harmonogramem określonym w załączniku nr 10 do zarządzenia. Proces wprowadzania do stosowania aplikacji CBWiD został podzielony na dwa etapy: w pierwszym kwartale 2022 r. dotyczy czterech oddziałów wojewódzkich NFZ (Dolnośląskiego, Mazowieckiego, Wielkopolskiego i Śląskiego), następnie w trzecim kwartale 2022 r. pozostałych oddziałów. Aplikacja umożliwia składanie przez świadczeniodawcę zarówno autoryzowanych wniosków do konsultanta krajowego lub wojewódzkiego o zastosowanie leku w ramach RDTL, jak i ich pozytywnych opinii w sprawie zastosowania u pacjenta leku w ramach RDTL lub informacji w sprawie kontynuacji leczenia pacjenta lekiem w ramach RDTL do oddziału wojewódzkiego Funduszu wyłącznie w formie elektronicznej. To rozwiązanie umożliwi całkowicie elektroniczny tryb procedowania dokumentów, bez konieczności przysyłania ich w formie papierowej. Zarządzenie wprowadza również nowy produkt rozliczeniowy dedykowany RDTL z wykorzystaniem aplikacji CBWiD, o kodzie: 5.61.01.0000002. Jednocześnie zachowano dotychczasowy produkt rozliczeniowy (o kodzie: 5.61.01.0000001) dedykowany RDTL bez wykorzystania aplikacji CBWiD. Ponadto zarządzenie wprowadza zmiany w załącznikach nr 5, 6 i 7 do zarządzenia, polegające na zastosowaniu szablonów o przejrzystym układzie graficznym. Modyfikacja wynika z konieczności dostosowania szablonów do wersji elektronicznej celem ułatwienia obiegu dokumentacji, w tym jej elektronicznej. Ustawodawca, w art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 2070) zobowiązał podmiot publiczny do zapewnienia możliwości przekazywania danych również w postaci elektronicznej przez wymianę dokumentów elektronicznych związanych z załatwianiem spraw należących do jego zakresu działania, wykorzystując informatyczne nośniki danych lub środki komunikacji elektronicznej. Powyższe zmiany mają na celu zoptymalizowanie procesu procedowania dokumentów w ramach RDTL, przy jednoczesnym skróceniu czasu jego trwania. W niniejszym zarządzeniu uchylono rozdział 6 dotyczący zasad realizacji, sprawozdawania i		
--	--	---	--	--	--

			rozliczania świadczeń udzielanych na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2020 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego kompleksowych badań patomorfologicznych JGPato (Dz. U. poz. 2360), oraz uchylono załączniki nr 2a, 8 i 9 do zarządzenia odnoszące się do realizowanego programu pilotażowego dotyczącego kompleksowych badań patomorfologicznych JGPato, w związku z zakończeniem pilotażu JGPato. Do udziału w projekcie wytypowano 39 jednostek w Polsce, z czego 23 przystąpiło do realizacji kompleksowej diagnostyki patomorfologicznej na zasadach określonych w programie pilotażowym. Przedmiotowy program wszedł w życie z dniem 1 kwietnia 2021 r., natomiast etap realizacji programu pilotażowego zaplanowano na 9 miesięcy. W większości oddziałów wojewódzkich Funduszu umowy zawarte były z realizatorami przedmiotowego pilotażu z okresem obowiązywania od 1 kwietnia 2021 r. do 31 grudnia 2021 r. Podkarpacki Oddział Wojewódzki Funduszu zawarł umowę na realizację programu JGPato z okresem obowiązywania od 13 kwietnia 2021 r. do 12 stycznia 2022 r. zaś Zachodniopomorski od 12 kwietnia 2021 r. do 11 stycznia 2022 r. Niniejsze zarządzenie nie wywołuje skutku finansowego po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 dotyczącego poprawy jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2022 r., z wyjątkiem § 1 pkt 1, 3, 4, 8 i 9, które wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.		
21.03.2022	Zarządzenie	Projekt zarządzenia zmieniającego zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów	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 zmienia zarządzenie Nr 1/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne. W związku z wejściem w życie z dniem 1 kwietnia 2022 r. zarządzenia Nr 24/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 lutego 2022 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, mając na celu	Uwagi i opinie	https://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/projekty-zarządzen/projekt-zarządzenia-leczenie-szpitalne-swiadczenia-wysokospecjalistyczne,6776.html

		w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne	kontynuację finansowania świadczeń udzielanych na rzecz pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2 (od 1 kwietnia 2022 r. świadczenia te finansowane są na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej) dla JGP: D18 Zapalenie płuc nietypowe dodano warunek wskazania rozpoznania zasadniczego U07.1 COVID-19 oraz rozpoznania współistniejącego J12.8 Zapalenie płuc wywołane innym wirusem, a dla D52 Niewydolność oddechowa wskazanie rozpoznania zasadniczego U07.1 COVID-19 oraz rozpoznania współistniejącego z listy z tej grupy (równocześnie umożliwiono rozliczanie w zakresie choroby zakaźnej). Zaznaczyć należy, że rozpoznanie U07.1 COVID-19 rozliczyć można także w innych JGP: P04 Choroby dolnych dróg oddechowych, P30 Infekcje wirusowe określone oraz S57 Inne choroby wirusowe. Jednocześnie, pozostawiono finansowanie produktu z załącznika nr 1c do zarządzenia: 5.53.01.0001535 Koszt pobytu związanego z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 o wartości 415 pkt możliwy do jednorazowego dosumowania w trakcie pobytu pacjenta, którego hospitalizacja nastąpiła z powodu leczenia specjalistycznego, z równoczesnym potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Powyższe JGP nie podlegają sumowaniu z tym produktem rozliczeniowym. W zarządzeniu uchylono przepisy § 20 dotyczące zasad realizacji, sprawozdawania i rozliczania świadczeń udzielanych na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2020 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego kompleksowych badań patomorfologicznych JGPato (Dz. U. poz. 2360). Uchylenie przepisu z dniem 1 kwietnia 2022 r. spowodowane jest zakończeniem pilotażu JGPato, którego etap realizacji zaplanowano na 9 miesięcy. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 245), które wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2022 r. wprowadza świadczenie gwarantowane leczenie chirurgiczne z zastosowaniem systemu robotowego nowotworu złośliwego gruczołu krokowego. W konsekwencji tego w niniejszym zarządzeniu w załączniku nr 1a utworzono nową grupę: L31R Prostatektomia radykalna z zastosowaniem systemu robotowego o wartości 19 842 pkt. Wycena została opracowana przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji na podstawie zlecenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2021 r. Finansowanie przez Narodowy		
--	--	---	---	--	--

		Fundusz Zdrowia nowego świadczenia gwarantowanego ma na celu poprawę wyników leczenia i jakości życia pacjentów z nowotworem złośliwym gruczołu krokowego przez zapewnienie pacjentom dostępu do postępowania chirurgicznego z wykorzystaniem systemu robotowego w leczeniu nowotworów złośliwych gruczołu krokowego. W związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2022 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 419) wprowadzającym nowe świadczenia gwarantowane: Leczenie rekonstrukcyjne z wykorzystaniem endoprotez onkologicznych u pacjentów do ukończenia 18. roku życia oraz Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej metodą molekularną i metodą wielokolorowej cytometrii przepływowej w ostrych białaczkach u dzieci, przedmiotowe świadczenia zaimplementowano do zarządzenia. Świadczenie: Leczenie rekonstrukcyjne z wykorzystaniem endoprotez onkologicznych u pacjentów do ukończenia 18. roku życia umożliwiono do rozliczania i sprawozdawania w grupie H11 Zabiegi resekcyjne zmian nowotworowych lub guzowatych z endoprotezoplastyką lub zabieg rewizyjny z użyciem protez poresekcyjnych (załącznik nr 1a do zarządzenia). W odniesieniu do świadczenia Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej metodą molekularną i metodą wielokolorowej cytometrii przepływowej w ostrych białaczkach w załączniku nr 1b do zarządzenia utworzono trzy dedykowane produkty rozliczeniowe: 5.52.01.0001567 Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej metodą cytofluorometryczną o wartości 4 550 pkt, 5.52.01.0001568 Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej metodą molekularną w AML o wartości 5 970 pkt oraz 5.52.01.0001569 Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej metodą molekularną o wartości 1 000 pkt. Z uwagi na fakt, iż finansowanie leczenia dzieci z nowotworami kości, jak i monitorowanie minimalnej choroby resztkowej w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej (zadania z zakresu onkologii dziecięcej) zakończyło się z dniem 31 grudnia 2021 r., konieczne jest zapewnienie ich finansowania, jako świadczeń w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, od dnia 1 stycznia 2022 r. w celu zachowania ciągłości ich udzielania i objęcia finansowaniem ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Ponadto, zmiany wprowadzone w załączniku nr 1a do zarządzenia obejmują rozliczanie JGP E02 w zakresie kardiologia wyłącznie dla		
--	--	--	--	--

		procedury: ICD-9 37.4999 Inne przezskórne zabiegi naprawcze serca i osierdza (w związku z tym symetrycznej zmiany dokonano w załączniku nr 3a do zarządzenia). Zmodyfikowano produkty rozliczeniowe dedykowane pobraniom narządowym, zarówno w załączniku nr 1b, jak i 1c do zarządzenia. Ich aktualny kształt i wycena, wynikająca z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2014 r. poz. 469 z późn. zm.), ma na celu ich prawidłowe sprawozdawanie i finansowanie od dnia 1 stycznia 2022 r., z uwzględnieniem kosztów ponoszonych przez Poltransplant (z wyłączeniem możliwości ewentualnego podwójnego finansowania). Zmiany w obrębie załącznika nr 1b obejmują ponadto umożliwienie rozliczania produktów: 5.52.01.0001541 Hospitalizacja do przezskórnego lub z innego dostępu wszczepiania zastawek serca, 5.52.01.0001542 Hospitalizacja do przezskórnego lub z innego dostępu wszczepiania zastawek serca z powikłaniami* i chorobami współistniejącymi lub ≥ 80 lat w zakresie kardiologia/ kardiologia dla dzieci. Pozostałe zmiany w załączniku nr 1b mają charakter porządkujący. Zarządzenie implementuje także przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 2482), które weszło w życie z dniem 14 stycznia 2022 r. W związku z tym (załącznik nr 1c do zarządzenia) umożliwiono rozliczanie produktu: 5.53.01.0005010 Opieka psychologiczna także w zakresach: położnictwo i ginekologia oraz położnictwo i ginekologia - drugi poziom referencyjny (do tej pory wyłącznie w zakresie położnictwo i ginekologia - trzeci poziom referencyjny). Zgodnie z ww. rozporządzeniem, wprowadzającym świadczenia gwarantowane: Koherentna tomografia optyczna tętnic obwodowych (OCT) oraz Koherentna tomografia optyczna tętnic wieńcowych (OCT) przedmiotowe świadczenia wprowadzono do załącznika nr 1c. W związku z tym zmodyfikowano produkt 5.53.01.0001502 dodając OCT (FFR/ IVUS tętnic wieńcowych/OCT). Finansowanie przedmiotowego świadczenia następuje od dnia 14 stycznia 2022 r., co jest symetryczne z wejściem w życie rozporządzenia. W następstwie zmiany wysokości limitu finansowania ustalonego w		
--	--	---	--	--

		obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 lutego 2022 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2022 r. poz. 18) ustalonego na dzień 1 marca 2021 r. zmodyfikowano wartość produktu rozliczeniowego z załącznika nr 1c: 5.53.01.0001401 Leczenie przetoczeniami immunoglobulin. Obecnie wartość ta wynosi 340,20 zł za każdy 1 gram immunoglobulin. Pozostałe zmiany w załączniku nr 1c mają charakter porządkujący. W związku z przekazanymi przez Pana prof. dr hab. med. Jarosława Regulę Konsultanta Krajowego w dziedzinie gastroenterologii oraz Pani dr n. med. Grażyny Cholewińskiej Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chorób zakaźnych dla województwa mazowieckiego uwagami w niniejszym zarządzeniu przywrócono warunek realizacji JGP (załącznik nr 9 do zarządzenia): F58E/F - Choroby zapalne jelit > 65 r.ż./< 66 r.ż., obowiązujący do końca 2021 r. (z mocą obowiązywania od 1 stycznia 2022 r.). Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 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, Krajowa Rada Fizjoterapeutów, Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach. Skutek finansowy dla wprowadzonych zmian wynosi 93 369 342 zł. Dla zmian w obszarze leczenia pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 skutek finansowy nie jest możliwy do oszacowania. Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych: a) od dnia 1 stycznia 2022 r. w zakresie: - lp. 220 - 221 oraz lp. 265 załącznika nr 1a, - lp. 48 - 56 oraz lp. 110 - 112 załącznika nr 1b,		
--	--	--	--	--

			- lp. 34 - 42 załącznika nr 1c, b) od dnia 14 stycznia 2022 r. w zakresie lp. 48 oraz lp. 64 załącznika nr 1c. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2022 r.		
21.03.2022	Zarządzenie	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2022 r. w sprawie powołania Rady Organizacji Pacjentów przy ministrze właściwym do spraw zdrowia	Rada jest organem pomocniczo-doradczym ministra właściwego do spraw zdrowia, zwanym dalej „Ministrem”, w zakresie prowadzenia dialogu w sprawach systemowych w ochronie zdrowia. Do zadań Rady należy: 1) koordynowanie współpracy organizacji pacjentów z Ministrem; 2) omawianie spraw systemowych w ochronie zdrowia przekazanych przez organizacje pacjentów; 3) przyjmowanie propozycji zmian legislacyjnych do projektów aktów normatywnych od organizacji pacjentów w celu wypracowania wspólnych stanowisk i przedstawienia ich Ministrowi; 4) zachęcanie organizacji pacjentów do czynnego udziału w procesie legislacyjnym; 5) koordynowanie po stronie organizacji pacjentów działań w zakresie prowadzonych przez urząd obsługujący Ministra prekonsultacji oraz konsultacji publicznych projektów aktów normatywnych i innych dokumentów rządowych; 6) współpraca z innymi radami zrzeszającymi organizacje pacjentów, przede wszystkim z działającymi przy Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Narodowym Funduszu Zdrowia.	Wejście w życie 17 marca 2022 r.	http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2022/32/akt.pdf
21.03.2022	Zarządzenie	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2022 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw kontynuacji prac nad opracowaniem propozycji zmian w standardach kształcenia przygotowujących	Zadaniem Zespołu jest opracowanie propozycji nowelizacji rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz. U. z 2021 r. poz. 755 oraz z 2022 r. poz. 157) w zakresie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza oraz lekarza dentysty, w tym w szczególności: 1) przeglądu oraz zaproponowanie zmian do aktualnego zestawu efektów kształcenia pod kątem możliwości ograniczenia efektów kształcenia przewidzianych w ramach grup zajęć A i B, 2) uzupełnienia efektów kształcenia w zakresie kompetencji komunikacyjnych w celu implementacji rekomendacji wypracowanych w ramach prac Zespołu powołanego na podstawie zarządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 14 września 2020 r. w sprawie	Wejście w życie 16 marca 2022 r.	http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2022/31/akt.pdf

		ch do wykonywania zawodu lekarza oraz lekarza dentysty	powołania Zespołu doradczego do spraw zmiany standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza (Dz. Urz. MNiSW poz. 45) zmienionego zarządzeniem Ministra Edukacji i Nauki z dnia 4 grudnia 2020 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie powołania Zespołu doradczego do spraw zmiany standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza (Dz. Urz. MEiN poz. 17), 3) wprowadzenia zmian niezbędnych do zwiększenia liczby godzin praktycznych kształcenia począwszy od 4. roku studiów na kierunku lekarskim i 3. roku studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym – z uwzględnieniem wymagań z Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. Urz. UE L 255 z 30.09.2005, str. 22, z późn. zm.)		
21.03.2022	Zarządzenie	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 marca 2022 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw pomocy medycznej dla Ukrainy	Zadaniem Zespołu jest wspieranie ministra właściwego do spraw zdrowia w realizacji jego zadań, w szczególności przez: 1) bieżącą analizę i ocenę potrzeb oraz możliwości w zakresie udzielania pomocy medycznej w związku z kryzysem w Ukrainie; 2) monitorowanie przedsięwzięć dotyczących zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych na rzecz osób dotkniętych skutkami konfliktu zbrojnego w Ukrainie, które znalazły się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, oraz przedstawianie w tym zakresie wniosków ministrowi właściwemu do spraw zdrowia; 3) przegląd działań podejmowanych przez społeczność międzynarodową w obszarze ochrony zdrowia w związku z kryzysem w Ukrainie; 4) wymianę informacji z podmiotami leczniczymi, ich podmiotami tworzącymi, Narodowym Funduszem Zdrowia oraz organami administracji państwowej w zakresie działań związanych z kryzysem w Ukrainie.	Wejście w życie 11 marca 2022 r.	http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2022/29/akt.pdf
21.03.2022	Zarządzenie	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 marca 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie powołania	Do zadań Zespołu należy: 1) monitorowanie wdrażania nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży opartego o trzy poziomy referencyjne; 2) przygotowywanie bieżących propozycji rozwiązań będących odpowiedzią na zidentyfikowane trudności w trakcie wdrażania modelu; 3) identyfikacja potrzeb w zakresie współpracy z ministrem właściwym	Wejście w życie 3 marca 2022 r.	http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2022/24/akt.pdf

		Zespołu do spraw zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży	do spraw oświaty i wychowania oraz ministrem właściwym do spraw rodziny; 4) analiza pozostałych obszarów opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży; 5) przygotowanie rekomendacji dotyczących poprawy opieki nad dziećmi i młodzieżą w lecznictwie psychiatrycznym i uzależnień. Zespół zakończy swoją działalność z dniem 31 grudnia 2023 r.		
21.03.2022	Ustawa	Ustawa z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa	Projekt ustawy ma na celu stworzenie szczególnej regulacji prawnej zapewniającej doraźną podstawę prawną do legalnego pobytu cudzoziemcom, w szczególności posiadającym obywatelstwo Ukrainy, którzy w wyniku działań wojennych zostali zmuszeni do opuszczenia swojego kraju pochodzenia i wjechali, posiadając stosowne uprawnienie wjazdowe, na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. W dniu 24 lutego 2022 r. doszło do ataku wojsk Federacji Rosyjskiej na terytorium Ukrainy. W wyniku tych zdarzeń w kierunku terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zaczęły kierować się tysiące obywateli Ukrainy, poszukujących schronienia. Z uwagi na powyższe, konieczne stało się opracowanie rozwiązań prawnych skierowanych do opisanej wyżej grupy cudzoziemców. Projekt ustawy określa szczególne zasady zalegalizowania pobytu obywateli Ukrainy, którzy wjechali na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej bezpośrednio z terytorium Ukrainy w związku z działaniami wojennymi prowadzonymi na terytorium tego państwa. Projektowana ustawa określa również: 1) szczególne zasady powierzenia pracy obywatelom Ukrainy, przebywającym legalnie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; 2) pomoc udzielaną przez wojewodów obywatelom Ukrainy; 3) utworzenie nowej rezerwy celowej na finansowanie wydatków w zakresie pomocy obywatelom Ukrainy; 4) niektóre uprawnienia obywateli Ukrainy, których pobyt na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest uznawany za legalny; 5) szczególne zasady przedłużania okresów legalnego pobytu obywateli Ukrainy oraz wydanych im przez organy polskie dokumentów dotyczących uprawnień w zakresie wjazdu i pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; 6) niektóre uprawnienia obywateli polskich i obywateli Ukrainy będących studentami, nauczycielami akademickimi lub pracownikami naukowymi wjeżdżającymi z terytorium Ukrainy;	Wejście w życie 12 marca 2022 r., z mocą od dnia 24 lutego 2022 r., z wyjątkiem: 1) art. 12 ust. 10–16, art. 72 oraz art. 89, które wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia; 2) art. 95, który wchodzi w życie z dniem 27 marca 2022 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000058301.pdf

			7) szczególne regulacje dotyczące kształcenia, wychowania i opieki dzieci i uczniów będących Obywatelami Ukrainy, w tym wsparcia jednostek samorządu terytorialnego w realizacji dodatkowych zadań oświatowych w tym zakresie; 8) szczególne zasady organizacji i funkcjonowania uczelni w związku z zapewnianiem miejsc na studiach dla obywateli Ukrainy.		
21.03.2022	Obwieszczenie	Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 28 stycznia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej	ogłasza się jednolity tekst ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 479)		https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000055101.pdf
21.03.2022	Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia kwalifikacji i stażu pracy wymaganych od osób zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi oraz wykazu stanowisk w poszczególnych	Projekt rozporządzenia zakłada dokonanie zmiany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2017 r. w sprawie określenia kwalifikacji oraz stażu pracy wymaganych od osób zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi oraz wykazu stanowisk w poszczególnych działach i pracowniach tych jednostek (Dz. U. poz. 1724), które wydane zostało na podstawie art. 14 ust. 1i ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1749). Dotychczasowe brzmienie było nieczytelne i budziło wątpliwości interpretacyjne m. in. dotyczące wymagań dla kierownika oddziału terenowego, ponieważ stanowisko to nie było wprost wymienione w rozporządzeniu. Nowelizacja podyktowana jest również zmianami zachodzącymi na rynku pracy, w szczególności związanymi z trudnościami w znalezieniu kadry posiadającej specjalizację zgodną z profilem danego działu lub pracowni, a centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa coraz częściej sygnalizują problemy z pozyskaniem odpowiednio wykwalifikowanych lekarzy i pielęgniarek. W projekcie dokonano weryfikacji stażu pracy i kwalifikacji wymaganych od osób zatrudnionych w centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa w szczególności na stanowiskach kierowniczych w działach i pracowniach tych jednostek. Przedmiotowe zmiany	Konsultacje publiczne	https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12357801/12862895/12862897/dokument547340.pdf

		działach i pracowniach tych jednostek	przyczynią się do umożliwienia centrom krwiodawstwa i krwiolecznictwa zatrudniania na stanowiskach kierowniczych w poszczególnych działach i pracowniach osób o innych specjalizacjach, niż dotychczas wymagane, a które jednocześnie dają gwarancję, iż bezpieczeństwo dawców, jaki i pacjentów będzie zapewnione. Zmiany te przyczynią się też do usprawnienia funkcjonowania centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa, które borykają się z trudnościami związanymi z pozyskaniem pracowników spełniających wymagania określone w obowiązującym rozporządzeniu.		
21.03.2022	Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wymagań obowiązujących przy prowadzeniu żywienia w szpitalach	Odpowiednie żywienie pacjentów w szpitalu stanowi integralną część całego procesu leczenia, a właściwa ocena stanu odżywienia i wdrażanie odpowiedniego sposobu żywienia jest istotnym elementem zwiększenia szans chorych na wyzdrowienie, poprawę skuteczności zarówno leczenia zachowawczego, jak i chirurgicznego oraz zmniejszenie ryzyka powikłań i skrócenie czasu gojenia się ran pooperacyjnych. Niedożywienie albo niewłaściwie dobrana dieta może negatywnie wpływać na przebieg choroby i rekonwalescencję, wydłużać pobyt chorego w szpitalu, a w konsekwencji zwiększać koszty jego leczenia. Prawidłowe żywienie jest ważną częścią terapii, co więcej może być także wskaźnikiem jakości opieki szpitalnej. Ze względu na istotny charakter właściwego żywienia pacjenta w wielu szpitalach europejskich realizowane są zalecenia dotyczące zwiększania jakości świadczonych usług między innymi poprzez poprawę jakości żywienia oferowanego na terenie placówek leczniczych. Należy podkreślić, że zgodnie z art. 9 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711, z późn. zm.) żywienie pacjentów w szpitalach jest świadczeniem zdrowotnym i powinno być dostosowane do stanu zdrowia pacjenta. Aktualnie brak jest aktów prawnych, które w sposób szczegółowy regulowałyby kwestię standardów żywienia pacjentów w szpitalach. W ramach realizacji dwóch strategicznych dokumentów rządowych - Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020-2030 oraz Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 zaplanowano realizację działania polegającego na określeniu norm żywienia w szpitalach. Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wymagań obowiązujących przy prowadzeniu żywienia w szpitalach stanowi	Konsultacje publiczne	https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12357702/12862259/12862260/dokument547033.pdf

			wykonanie fakultatywnego upoważnienia ustawowego zawartego w art. 72 ust. 6 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2020 r. poz. 2021 oraz z 2022 r. poz. 24 i 138). Projekt rozporządzenia określa wymagania obowiązujące przy prowadzeniu żywienia zbiorowego typu zamkniętego w szpitalach, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, z wyłączeniem świadczeń gwarantowanych udzielanych przez szpitale świadczeniobiorcy z zamiarem ich zakończenia w okresie nieprzekraczającym 24 godzin, tj.: 1) kody i nomenklaturę diet szpitalnych, 2) rodzaje diet, ich charakterystykę, rekomendowane i przeciwwskazane środki spożywcze wykorzystywane w poszczególnych rodzajach diet oraz wartość odżywczą i energetyczną stosowanych diet szpitalnych, 3) wzór karty żywienia szpitalnego. Oczekuje się, że zdefiniowanie wymagań obowiązujących przy prowadzeniu żywienia pacjentów w podmiotach leczniczych wpłynie korzystnie nie tylko na standard organizacyjny jednostki, ale także skuteczność procesu leczniczego i dalsze zdrowienie pacjentów.		
21.03.2022	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, uwzględniając potrzeby epidemiologiczne i zmiany demograficzne zachodzące w społeczeństwie, konieczne jest zapewnienie pielęgniarcom i położnym odpowiednich warunków do dalszego kształcenia i rozwoju, analogicznych do warunków, jakie mają przedstawiciele pozostałych zawodów medycznych. Obecnie zadania dotyczące kształcenia podyplomowego w zawodach medycznych są realizowane 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	Konsultacje publiczne	https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//2/12357654/12861955/12861956/dokument546977.pdf

		(dalej: CMKP). Odrębne funkcjonowanie dwóch jednostek zajmujących się kształceniem podyplomowym zawodów medycznych, wydaje się być problematyczne wobec konieczności konsolidacji wszystkich zawodów medycznych. Dotychczasowy podział tych jednostek utrudnia grupie zawodowej pielęgniarek i położnych dostęp do osiągnięć naukowych w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, wymianę doświadczeń i integrację przedstawicieli wszystkich zawodów medycznych, a tym samym ogranicza możliwość rozwoju zawodowego. Aktualnie kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych jest prowadzone przez przedsiębiorców, którzy po otrzymaniu wpisu do rejestru właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych prowadzą kształcenie na obszarze tej izby. Należy jednak wskazać, że w ostatnich latach zdarzały się sytuacje zawieszenia przez organizatora kształcenia, co było niekorzystne dla pielęgniarek i położnych będących w trakcie realizacji szkoleń specjalizacyjnych, lub prowadził kształcenie podyplomowe poza Systemem Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK). Dodatkowo zgodnie z informacją Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z przeprowadzonych czynności kontrolnych na podstawie art. 82 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 479 i 1559), wynika, że kontrole przeprowadzane przez organ rejestrujący wykazywały istotne uchybienia, a dotyczyły one najczęściej braku odpowiedniej bazy do prowadzenia zajęć dydaktycznych, braku umów z podmiotami leczniczymi do realizacji zajęć stażowych w danej formie kształcenia podyplomowego, braku właściwych kwalifikacji osób stanowiących plany kadry dydaktycznej, braku kontynuacji rozpoczętych specjalizacji, braku kontynuacji przestrzegania terminu zamieszczania harmonogramów w SMK, braku prowadzenia kształcenia zgodnie z obowiązującymi programami kształcenia. Obecny model kształcenia i szeroki krąg podmiotów uprawnionych do jego prowadzenia nie zapewnia wystarczająco wysokiego poziomu kształcenia podyplomowego. Dodatkowo aktualnie rejestr podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe jest prowadzony przez okręgowe izby pielęgniarek i położnych oraz Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, co powoduje niejednorodną realizację tego zadania. W celu zapewnienia jednolitego, wysokiego standardu szkoleń dla		
--	--	--	--	--

		wszystkich zawodów medycznych działających w sektorze ochrony zdrowia zasadnym jest utworzenie jednej jednostki kształcenia podyplomowego dla wszystkich medycznych grup zawodowych. Dlatego też projekt zakłada likwidację CKPPiP i przeniesienie realizowanych przez tą jednostkę zadań do CMKP. CMKP wykonuje działalność dydaktyczną i badawczą w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w podmiotach leczniczych, dla których CMKP jest podmiotem tworzącym, a także w jednostkach organizacyjnych innych podmiotów leczniczych. Ponadto zadaniem CMKP jest dokonywanie analizy potrzeb w zakresie kształcenia medycznego, oceny skuteczności tego kształcenia oraz doskonalenie form i metod kształcenia podyplomowego; gromadzenie i opracowywanie informacji dotyczących organizacji, przebiegu i jakości kształcenia na medycznych studiach podyplomowych w ochronie zdrowia; prowadzenie informacji naukowej oraz opracowywanie dokumentacji związanej z przedmiotem działalności CMKP, a także prowadzenie działalności wydawniczej, również w formie elektronicznej. Proponowana zmiana umożliwi rozwój zawodowy pielęgniarkom i położnym, w takim zakresie i na takim poziomie jaki jest dostępny dla innych zawodów medycznych. Zintegrowanie tych dwóch jednostek umożliwi również ww. grupie zawodowej łatwiejszy dostęp do prowadzenia działalności naukowej, dydaktycznej oraz uczestnictwa w inicjowaniu i wspólnym prowadzeniu badań naukowych. Dodatkowo, nastąpi ujednolicenie procesu związanego z przeprowadzeniem Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego dla pielęgniarek i położnych (dalej: PES), co pozwoli na wypracowanie jednolitych kryteriów egzaminowania dla wszystkich zawodów medycznych, w tym przekazanie od 2026 r. zadań związanych z organizacją PES do Centrum Egzaminów Medycznych (dalej: CEM). Zgodnie z założeniami projektu szkolenia będą prowadzone przez uczelnie posiadające akredytację, o której mowa w art. 59 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, instytuty badawcze, dla których ministrem nadzorującym jest minister właściwy do spraw zdrowia, okręgowe izby pielęgniarek i położnych, podmioty lecznicze, oraz przez CMKP jednakże z wyłączeniem szkoleń specjalizacyjnych dla pielęgniarek i położnych, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 tej ustawy. Przedmiotowy projekt wprowadza zmianę katalogu organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, polegającą wyłączeniu grupy podmiotów gospodarczych, nie będących		
--	--	---	--	--

			uczelnią, podmiotem leczniczym, okręgową izbą pielęgniarek i położnych, a które to podmioty wymagały wpisu do właściwego rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe. Ograniczenia podmiotów uprawnionych do prowadzenia kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych mają na celu zapewnienie wysokiej jakości realizowanego kształcenia. Należy bowiem wskazać, że w ostatnich latach wśród tej grupy podmiotów zdarzały się sytuacje, że organizator kształcenia prowadzący kształcenie w ramach działalności gospodarczej, zawiesił działalność będąc w trakcie realizacji szkoleń specjalizacyjnych dla dużej grupy pielęgniarek i położnych, lub prowadził kształcenie podyplomowe poza SMK, co spowodowało, że osoby będące w trakcie szkolenia specjalizacyjnego nie miały możliwości ukończenia go w tym podmiocie. Zakłada się także, że organem prowadzącym rejestr będzie Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych. Dzięki takiemu rozwiązaniu ujednolicona zostanie procedura wpisu do rejestru i monitorowanie realizacji kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. Istotnym czynnikiem przemawiającym za dokonaniem powyższych zmian jest również ujednolicenie procedury kontroli organizatorów kształcenia podyplomowego zgodnie z wpisem do rejestru. Ujednolicenie kontroli i monitorowania realizacji kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w konsekwencji powinno minimalizować ewentualne nieprawidłowości i umożliwić sprawne podejmowanie działań naprawczych w tym zakresie. Ponadto projekt zakłada, aby CMKP otrzymywało również subwencję na inwestycje, o których mowa w art. 365 pkt 4 lit. a i b ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, tj. na inwestycje związane z kształceniem i działalnością naukową. Powyższa zmiana wynika z faktu, iż obecne brzmienie przepisów wyklucza otrzymanie przez CMKP środków finansowych na zakupy o charakterze inwestycyjnym (czyli o wartości jednostkowej pow. 10 tys. zł, a poniżej 500 tys.), a CMKP może na ten cel przeznaczać środki wyłącznie ze środków już samodzielnie wypracowanych.		
21.03.2022	Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie	Wprowadza się w oparciu o zreformowaną ustawą z 14 grudnia 2016 r. – Prawo Oświatowe (Dz. U. z 2021 r., poz. 1082), zwaną dalej „Ustawą Prawo Oświatowe”, system edukacji (polegający m.in. na likwidacji gimnazjum i wprowadzeniu 8-letniej szkoły podstawowej oraz 4-letniego liceum) określenie terminów świadczeń udzielanych przez lekarza POZ oraz pielęgniarkę	Konsultacje publiczne	https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12357502/12860338/12860339/dokument546318.pdf

		w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej	lub higienistkę szkolną w środowisku nauczania i wychowania (wizyty patronażowe, badania bilansowe, w tym testy przesiewowe) zastępując określenie „Klasa I gimnazjum” słowami „VII Klasa szkoły podstawowej”, a wyrazy „Klasa I szkoły ponadgimnazjalnej” zastępuje się wyrazami „Klasa I szkoły ponadpodstawowej”. W określeniu „Roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne” wprowadzono doprecyzowanie zapisem „przed podjęciem przez dziecko nauki w szkole”. Celem objęcia świadczeniami profilaktycznymi pielęgniarki POZ wszystkich dzieci, bez względu na miejsce odbywania edukacji przedszkolnej, wprowadza się świadczenia profilaktyczne udzielane przez pielęgniarki POZ dzieciom przed podjęciem edukacji szkolnej. Poszerzenie katalogu badań diagnostycznych wykonywanych na zlecenie lekarza POZ o badanie stężenia ferrytyny pozwoli lekarzom diagnozować zaburzenie stężenia ferrytyny i wczesne zlecenie terapii. Aktualizuje się katalog świadczeń położnej POZ zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. poz. 1756). W celu umożliwienia uczniom ostatnich klas szkół ponadpodstawowych, którzy ukończyli 19 lat dostępu do świadczeń pielęgniarki zastępuje się określenie „ostatnia klasa szkoły ponadgimnazjalnej do ukończenia 19 roku życia” sformułowaniem „uczniowie kończący szkołę ponadpodstawową”. Wprowadzenie, w oparciu o zreformowany Ustawą Prawo Oświatowe, określenia terminów świadczeń udzielanych przez lekarza POZ oraz pielęgniarkę lub higienistkę szkolną w środowisku nauczania i wychowania ma na celu uniknięcie niejasności co do terminów udzielania przedmiotowych świadczeń oraz będzie pomocne w prawidłowym ich rozliczaniu. Zastąpienie zapisu „Ostatnia klasa szkoły ponadgimnazjalnej do ukończenia 19 roku życia” wyrazami „Uczniowie kończący szkołę ponadpodstawową” umożliwi uczniom ostatnich klas liceum, pięcioletnich techników oraz szkół branżowych II stopnia, którzy ukończyli 19 rok życia korzystanie ze świadczeń udzielanych przez pielęgniarki szkolne. W szkołach ponadpodstawowych, w tym w liceach i szkołach branżowych uczniowie powyżej 19 r.ż. stanowią nawet do 20% wszystkich uczniów (wg danych GUS w roku szkolnym 2019/20 było 256 020 uczniów w wieku 19-21 lat). Należą do nich m.in. uczniowie, którzy z powodu problemów zdrowotnych lub		
--	--	---	---	--	--

		trudności w nauce powtarzali klasę lub rozpoczęli naukę z opóźnieniem. Trudności w nauce często wiążą się z gorszym stanem zdrowia i różnymi problemami zdrowotnymi. Tak więc uczniowie ci w większym stopniu niż pozostali potrzebują wsparcia, również pielęgniarki szkolnej. Mając na uwadze fakt, że obowiązkowe roczne przygotowanie przedszkolne dzieci w wieku 6 lat, zgodnie z art. 31 ust. 4 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe (Dz. U. z 2021 r. poz. 1082), może odbywać się w przedszkolu, oddziale przedszkolnym w szkole podstawowej lub w innej formie wychowania przedszkolnego, w celu objęcia wszystkich dzieci świadczeniami profilaktycznymi, bez względu na miejsce odbywania rocznego przygotowania przedszkolnego, w załączniku nr 2, w części II pkt. 8 do świadczeń gwarantowanych udzielanych przez pielęgniarkę POZ wprowadzono następujące świadczenia profilaktyczne udzielane dzieciom przed podjęciem edukacji szkolnej: 1. Test do wykrywania zaburzeń: 1) rozwoju fizycznego – pomiary: wysokości i masy ciała, w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI) z podaniem wartości centylowych; 2) układu ruchu, w tym boczego skrzywienia kręgosłupa, zniekształceń statycznych kończyn dolnych; 3) w kierunku zeza (Cover test, test Hirschberga); 4) ostrości wzroku; 5) słuchu (badanie orientacyjne szeptem); 6) ciśnienia tętniczego krwi. 2. Ocena spełniania zaleceń aktywności fizycznej wg. rekomendacji WHO. W związku z wprowadzeniem ww. świadczeń, w celu stworzenia rozdzielnych zbiorów czynności, zweryfikowano zakresy badań profilaktycznych lekarza POZ oraz testów wykonywanych przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną dzieciom w czasie rocznego przygotowania przedszkolnego, przed podjęciem nauki w szkole, w wyniku czego zmodyfikowano zakresy ww. świadczeń, jak poniżej: Zakres badań profilaktycznych wykonywanych dzieciom przez lekarza POZ w okresie rocznego przygotowania przedszkolnego określony w załączniku nr 1, w części III w: – lp. 7 Przyjął brzmienie: „Roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne ***(***)”, przed podjęciem przez dziecko nauki w		
--	--	--	--	--

		szkole”; Profilaktyczne badanie lekarskie (bilans zdrowia) obejmuje: 1) badanie podmiotowe, a w tym: a) informacje od przedstawicieli ustawowych albo opiekunów prawnych i dziecka dotyczące: - sposobu żywienia (objętość i kaloryczność posiłków - przekazanie zaleceń zgodnie z aktualnymi rekomendacjami PTGHiŻDz), - stosowanej profilaktyki (szczepienia ochronne obowiązkowe i zalecane, suplementacja witaminą D), - przyjmowanych leków, - moczenia nocnego i/albo dziennego u dziecka, - niepokojących objawów, - przebytych chorób, - hospitalizacji, - wizyt w poradniach specjalistycznych, - sytuacji dziecka w rodzinie, podejrzenia stosowania przemocy, oceny ryzykownych czynników i zachowań dla zdrowia, w tym palenia papierosów, nadużywania alkoholu lub innych używek przez rodziców, podjęcie działań adekwatnych do zidentyfikowanych problemów. b) analizę informacji zawartej w karcie profilaktycznego badania ucznia od pielęgniarki lub higienistki szkolnej, ze szczególnym uwzględnieniem wyników testów przesiewowych, c) analizę informacji o stanie zdrowia na podstawie innej dostępnej indywidualnej dokumentacji medycznej; 2) badanie przedmiotowe, w tym ocenę: a) rozwoju fizycznego: interpretacja pomiarów wysokości i masy ciała, w tym współczynnika masy ciała BMI z podaniem wartości centylowych, b) rozwoju psychomotorycznego (ocena rozwoju ruchowego, mowy, społecznego), w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości zalecanie wizyty w poradni psychologiczno-pedagogicznej, c) rozwoju mowy i wykrywanie wad wymowy, w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości zalecanie wizyty u logopedy, d) słuchu na podstawie wyników testów przesiewowych, w tym ryzyka nabytych uszkodzeń słuchu, w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości zalecanie wizyty w poradni specjalistycznej, e) wzroku na podstawie wyniku testów przesiewowych, f) narządów wewnętrznych (płuc, brzucha), g) układu naczyniowego i serca (w tym chorób i wad serca) oraz		
--	--	--	--	--

		interpretacja wyników pomiaru ciśnienia tętniczego krwi z podaniem wartości na siatkach centylowych, h) jamy ustnej (ocena próchnicy) i wieku zębowego z podaniem zaleceń ograniczających próchnicę u dziecka. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości zalecanie wizyty u stomatologa. i) rozwoju i wad układu moczowo-płciowego (u chłopców – obecności jąder w mosznie, u dziewczynek możliwość swobodnego rozsuwania warg sromowych), j) lateralizacji, k) sprawności i koordynacji ruchowej oraz zaburzeń układu ruchu, na podstawie wyniku testów przesiewowych; 3) w przypadku stwierdzenia wskazań wykonanie badań laboratoryjnych lub diagnostycznych lub kierowanie do poradni specjalistycznej; 4) poradnictwo w zakresie prozdrowotnego stylu życia; 5) podsumowanie badania i udokumentowanie w obowiązującej dokumentacji medycznej zdrowotnej dojrzałości szkolnej i kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego (w tym nauki pływania) wraz z podaniem ewentualnego problemu zdrowotnego. Mając na uwadze, że badania profilaktyczne lekarza POZ udzielane są dzieciom w wieku 4 lat, a następnie sześciolatkom zrezygnowano z udzielania przedmiotowych świadczeń dzieciom w 5. r.ż. Zakres badań wykonywanych przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną dzieciom w okresie rocznego przygotowania przedszkolnego określony w załączniku nr 4, w części II w: 1) lp. 1 przyjął brzmienie „Roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne ***(***)”, przed podjęciem przez dziecko nauki w szkole - w przypadku realizowania tego obowiązku w oddziale przedszkolnym w szkole podstawowej, 1. Test do wykrywania zaburzeń: 1) rozwoju fizycznego – pomiary: wysokości i masy ciała, w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI) z podaniem wartości centylowych; 2) układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa, zniekształceń statycznych kończyn dolnych; 3) w kierunku zezu (Cover test, test Hirschberga); 4) ostrości wzroku; 5) słuchu (badanie orientacyjne szeptem); 6) ciśnienia tętniczego krwi.		
--	--	--	--	--

		2. Ocena spełniania zaleceń aktywności fizycznej wg. rekomendacji WHO. W załączniku nr 1, rozpoczynając od badania podmiotowego wykonywanego przez lekarza POZ u dzieci w wieku 1-4 tyg., po badanie u uczniów kończących szkołę ponadpodstawową wprowadzono pytania o: - sposób karmienia (a w tym o objętość i kaloryczność posiłków wraz z przekazaniem zaleceń zgodnie z aktualnymi rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci), - stosowaną profilaktykę (obejmującą szczepienia ochronne obowiązkowe i zalecane oraz suplementację witaminą D), - przyjmowane leki, - niepokojące objawy, - przebyte choroby, - wizyty w poradniach specjalistycznych, - hospitalizację. W załączniku nr 1, we wszystkich okresach badań profilaktycznych wykonywanych przez lekarza POZ wprowadzono zapisy dotyczące: - wykonywania badań laboratoryjnych i diagnostycznych lub kierowania do poradni specjalistycznej – w przypadku stwierdzenia wskazań, - podsumowania badania z podaniem ewentualnego problemu zdrowotnego. Wprowadzono zalecenie kierowania do poradni psychologiczno-pedagogicznej lub neurologicznej w sytuacji zdiagnozowania nieprawidłowości ze spektrum autyzmu w badaniach profilaktycznych wykonywanych przez lekarza POZ u dzieci w wieku 12 miesięcy, 2 oraz 4 lat. W przypadku badań odbywanych w 1-4 tyg. oraz 12 miesięcy wprowadzono zalecenie kierowania na specjalistyczne badania okulistyczne dzieci urodzonych <36 tyg. ciąży lub z wewnątrzmacicznym opóźnieniem wzrastania lub leczonych w oddziale intensywnej terapii. W załączniku nr 1, poczynając od uczniów klas III szkoły podstawowej po ostatnie badanie profilaktyczne odbywane przez uczniów kończących ostatnią klasę szkoły ponadpodstawowej wprowadzono - badanie rozwoju psychospołecznego (ocena przystosowania szkolnego, kontakt z rówieśnikami, uczestniczenie w dodatkowych zajęciach szkolnych i pozaszkolnych),		
--	--	---	--	--

		- poradnictwo w zakresie prozdrowotnego stylu życia. W załączniku nr 1, w badaniu uzębienia dzieci odbywanym w wieku 2-6 i 9 miesięcy wprowadzono przekazywanie zaleceń dotyczących higieny jamy ustnej, a poczynając od dzieci w wieku 12 miesięcy do młodzieży kończącej szkołę ponadpodstawową określono, że badanie jamy ustnej obejmuje: - podanie zaleceń ograniczających próchnicę, - zalecanie wizyty u stomatologa w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości. W załączniku nr 1, poczynając od uczniów klasy III szkoły podstawowej wprowadzono wywiad o sytuacji szkolnej ucznia, zamiast informacji od nauczyciela, który w związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2020 r., poz. 666) nie może dokonywać wpisów w karcie badania profilaktycznego ucznia. W załączniku nr 1, rozpoczynając od badania dzieci odbywających roczne przygotowanie przedszkolne po uczniów VII klasy szkoły podstawowej wprowadzono wywiad dotyczący sytuacji dziecka w rodzinie, podejrzenia stosowania przemocy, oceny ryzykownych czynników i zachowań dla zdrowia, w tym palenia papierosów, nadużywania alkoholu lub innych używek przez rodziców, podjęcie działań adekwatnych do zidentyfikowanych problemów. Do świadczeń udzielanych przez higienistkę szkolną lub pielęgniarkę uczniom w klasie VII szkoły podstawowej oraz uczniom kończącym szkołę ponadpodstawową w załączniku nr 4 wprowadzono test do wykrywania zaburzeń słuchu (badanie orientacyjne szeptem), zaś w załączniku nr 1 - interpretację przez lekarza wyników testu do wykrywania zaburzeń słuchu (badanie orientacyjne szeptem). Jest to uzasadnione ze względu na coraz większą częstość występowania uszkodzeń słuchu spowodowanych przez zanieczyszczenia środowiska hałasem. Zachowując tygodniowy wymiar czasu pracy pielęgniarki i higienistki szkolnej wyliczony z uwzględnieniem typu szkoły i liczby uczniów, zrezygnowano ze szczegółowego określania harmonogramu pracy. Pozostałe zmiany polegały na doprecyzowaniu zapisów i nie wymagają uzasadnienia, np. do oceny tarczycy dodano występowanie wola, guzków itp. Zaktualizowano zakres świadczeń położnej POZ do przepisów		
--	--	--	--	--

			rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. poz. 1756). Oczekiwanym efektem wprowadzanych regulacji będzie prawidłowe, terminowe udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu profilaktycznych badań lekarskich (bilans zdrowia) oraz przeprowadzanie testów przesiewowych przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną w środowisku nauczania i wychowania, a także ujednolicenie standardu udzielania świadczeń położnej POZ zgodnie ze standardem organizacyjnym opieki okołoporodowej. Wprowadzenie do pakietu badań diagnostycznych wykonywanych na zlecenie lekarza POZ, badania stosowanego do określenia poziomu żelaza będzie umożliwiało lekarzom wystawienie, w uzasadnionych medycznie przypadkach, skierowań na przedmiotowe badania w celu ustalenia odpowiedniego postępowania terapeutycznego.		
07.03.2022	Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 4 marca 2022 r. uchylające obwieszczenie w sprawie ograniczenia w ordynowaniu i wydawaniu produktów leczniczych na jednego pacjenta	Od dnia 7 marca 2022 r. znosi się ograniczenia w ordynowaniu i wydawaniu produktów leczniczych na jednego pacjenta określone obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2021 r. w sprawie ograniczenia w ordynowaniu i wydawaniu produktów leczniczych na jednego pacjenta (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 94).		http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2022/25/akt.pdf
07.03.2022	Ustawa	Ustawa z dnia 24 lutego 2022 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw	Ustawa wydłuża o kolejne 6 miesięcy okres obowiązywania aktualnych wykazów świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PZS). Ponadto nowelizacja wydłuża okres składania wniosków o kredyt na studia medyczne.	Wejście w życie 18 marca 2022 r. z wyjątkiem art. 2 pkt 2, art. 3 i art. 4, które wchodzi w życie z dniem następujący	https://dziennikustaw.gov.pl/D202200052601.pdf

07.03.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 26/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 4 marca 2022 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczeń zaopatrzenie w wyroby medyczne	Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczeń zaopatrzenie w wyroby medyczne 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.). Przedmiotowa materia uregulowana była dotychczas w zarządzeniu Nr 131/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 października 2019 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczeń zaopatrzenie w wyroby medyczne, która zgodnie z § 16, z dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, utraci moc obowiązującą. Konieczność wydania niniejszego zarządzenia wynika z wejścia w życie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2021 r. w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego (Dz. U. z 2021 r. poz. 2499), które zostało wydane w związku z postanowieniami ustawy z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 2401, z późn. zm.). Zmiana wprowadzona ww. ustawą obejmowała doszczegółowienie określenia wzoru zlecenia na zaopatrzenie oraz wzoru zlecenia naprawy w postaci papierowej. Ponadto uporządkowano strukturę zarządzenia oraz wprowadzono zmiany o charakterze porządkowym polegające m.in. na aktualizacji metryk aktów prawnych. 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.	m po dniu ogłoszenia	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/206/Zarz%C4%85dzenie-26_2022_DSOZ
07.03.2022	Zarządzenie	Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie	Zarządzenie stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”. Projektowane zmiany wpisują się w kluczowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia cele określone w Strategii na lata 2019-2023 jak: (cel 2) poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz (cel 5) poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej.	Opinie i uwagi do 11 marca 2022 r.	https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/projekty-zarzadzen/projekt-zarzadzenia-leczenie-szpitalne-chemioterapia,6772.html

		określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii	Postanowieniami zarządzenia wprowadza się zmiany w zarządzeniu Nr 17/2022/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 lutego 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii, dostosowujące do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 21 lutego 2022 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 marca 2022 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 18), wydanego na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 523, z późn. zm.). Najważniejsze zmiany dotyczą: 1. załącznika nr 1n - katalog leków refundowanych stosowanych w chemioterapii i polegają na: a) dodaniu kodu GTIN dla substancji czynnej: -5.08.10.0000021 – Epirubicini hydrochloridum - GTIN: 05909990796397, -5.08.10.0000029 – Fulvestrantum - GTIN: 05901812161871, 05901812161888, -5.08.10.0000053 – Pemetreksedum - GTIN: 07613421047023, 07613421047016, 07613421047030, -5.08.10.0000072 – Arsenicum trioxidum - GTIN: 05909991404406, b) usunięciu kodu GTIN dla substancji czynnej:: -5.08.10.0000072 – Arsenicum trioxidum - GTIN: 05909990016433, -5.08.10.0000078 – Imatinibum - GTIN: 05909991353261, 05909991353353, -5.08.10.0000082 – Anagrelidum - GTIN: 05909991362157, 05901797710033, c) usunięciu substancji czynnej i kodu GTIN dla 5.08.10.0000060 Tretinoinum - GTIN: 05909990668311 - zgodnie ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym; 2. załącznika nr 7 - katalog współczynników korygujących stosowanych w chemioterapii i polegają na zmianie progu kosztowego dla azacitidinum (kod 5.08.10.0000077) z 5,3649 zł/mg na 4,2015 zł/mg, biorąc pod uwagę analizę limitów finansowania dla poszczególnych EAN. Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący. 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. Wobec powyższego zarządzenie stosuje się do świadczeń udzielanych od dnia 1 marca 2022 r. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania. Zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej 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.		
07.03.2022	Zarządzenie	Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie programu lekowego	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 leczenia szpitalne w zakresie programu lekowego. 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. Postanowieniami zarządzenia wprowadza się zmiany w zarządzeniu Nr 16/2022/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 lutego 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie programu lekowego, dostosowujące do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 21 lutego 2022 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1	Opinie i uwagi do 11 marca 2022 r.	https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/projekty-zarzadzen/projekt-zarzadzenia-leczenie-szpitalne-programy-lekowe,6771.html

		marca 2022 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 18), wydanego na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 523, z późn. zm.). Najważniejsze zmiany dotyczą: 1) brzmienia § 9 pkt 4, § 10 pkt 2 oraz § 19 zarządzenia w związku z dodaniem do obwieszczenia refundacyjnego programów lekowych: „Leczenie chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1” i „Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne’a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny” oraz koniecznością kwalifikacji pacjentów do terapii w ramach ww. programów lekowych odpowiednio przez Zespół Koordynacyjny ds. leczenia chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1 i Zespół Koordynujący do spraw leczenia chorych z dystrofią mięśniową Duchenne’a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny; 2) załącznika nr 1k do zarządzenia, określającego Katalog świadczeń i zakresów i polegają na: a) zmianie nazwy zakresu 03.0000.354.02 z „Leczenie chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytoowego” na „Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytoowego”, b) zmianie nazwy zakresu 03.0000.356.02 z „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego” na „Leczenie chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego”, c) zmianie nazwy zakresu 03.0000.400.02 z „Leczenie opornej i nawrotowej postaci klasycznego chłoniaka Hodgkina z zastosowaniem niwolumabu” na „Leczenie chorych na oporną i nawrotową postać klasycznego chłoniaka Hodgkina z zastosowaniem niwolumabu”, d) w ramach zakresu 03.0000.400.02 z „Leczenie opornej i nawrotowej postaci klasycznego chłoniaka Hodgkina z zastosowaniem niwolumabu” umożliwiono rozliczanie świadczenia o kodzie 5.08.07.0000002 hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci, e) zmianie nazwy zakresu 03.0000.412.02 z „Leczenie mukowiscydozy” na „Leczenie chorych na mukowiscydozę”, f) dodaniu kodu zakresu 03.0000.429.02 „Leczenie chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1”, g) dodaniu kodu zakresu 03.0000.430.02 „Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne’a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny”,		
--	--	--	--	--

		- w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym; 3) załącznika nr 11 do zarządzenia, określającego Katalog ryczałtów za diagnostykę i polegają na: a) dodaniu kodów świadczeń: - 5.08.08.0000171 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1 – 1 rok terapii”, - 5.08.08.0000172 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1 – 2 i kolejny rok terapii”, - 5.08.08.0000173 „Diagnostyka w programie leczenia z dystrofią mięśniową Duchenne’a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny”, b) zmianie nazwy świadczenia o kodzie: - 5.08.08.0000061 z „Diagnostyka w programie leczenia chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytoowego” na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na szpiczaka plazmocytoowego”, - 5.08.08.0000063 z „Diagnostyka w programie leczenia opornego na kastrację raka gruczołu krokowego” na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego”, - 5.08.08.0000110 z „Diagnostyka w programie leczenia opornej i nawrotowej postaci klasycznego chłoniaka Hodgkina z zastosowaniem niwolumabu” na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na oporną i nawrotową postać klasycznego chłoniaka Hodgkina z zastosowaniem niwolumabu”, - 5.08.08.0000143 z „Diagnostyka w programie leczenia mukowiscydozy” na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na mukowiscydozę”, - 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: 05909991451349, 05909991451332, - 5.08.09.0000011 Cinacalcetum - GTIN: 05909991417192, 05909991417253, 05909991417314, - 5.08.09.0000161 Daratumumabum - GTIN: 05413868119596, - 5.08.09.0000131 Enzalutamidum - GTIN: 05909991415242,		
--	--	---	--	--

		- 5.08.09.0000023 Factor VIII coagulationis humanus recombinate - GTIN: 05909991211936, 05909991211943, 05909991211912, 05909991211929, - 5.08.09.0000030 Imatinibum - GTIN: 05055565726983, 05055565726990, - 5.08.09.0000191 Ivacaftorum - GTIN: 00351167136201, 00351167144503, - 5.08.09.0000146 Pasireotidum - GTIN: 03663502002582, 03663502002575, 03663502002568, 03663502002605, 03663502002599, - 5.08.09.0000180 Pegvisomant - GTIN: 05415062315958, 05415062315965, - 5.08.09.0000154 Pomalidomidum - GTIN: 05909991398477, 05909991398484, 05909991398491, 05909991398507, - 5.08.09.0000057 Sorafenibum - GTIN: 09008732012415, b) dodaniu substancji czynnych i kodów GTIN: - 5.08.09.0000219 Apalutamidum – GTIN: 05413868117059, - 5.08.09.0000220 Atalurenium – GTIN: 05391528830510, 05391528830497, 05391528830503, - 5.08.09.0000221 Darolutamidum – GTIN: 05908229303337, - 5.08.09.0000222 Ivacaftorum + Lumacaftorum – GTIN: 00351167131701, 00351167131800, - 5.08.09.0000224 Ivacaftorum + Tezacaftorum + Elexacaftorum – GTIN: 00351167143902, - 5.08.09.0000223 Ivacaftorum + Tezacaftorum – GTIN: 00351167136102, 00351167144404, - 5.08.09.0000225 Lumasiranum – GTIN: 08720165814138, c) wykreśleniu kodów GTIN dla substancji czynnych: - 5.08.09.0000001 Adalimumabum – GTIN: 08715131019792, 08715131019754, 08715131019747, - 5.08.09.0000019 Everolimusum – GTIN: 05909991383480, - 5.08.09.0000030 Imatinibum – GTIN: 05909990010356, 05909990010349, - 5.08.09.0000032 Immunoglobulinum humanum – GTIN: 05909990762514, 05909990762613, 05909990762712, 05909990763863, 05909990763870, 05909990763887, 05909990763894, - 5.08.09.0000060 Tenofovirum disoproxilum – GTIN: 05909991291457,		
--	--	--	--	--

		- 5.08.09.0000065 Trastuzumabum – GTIN: 08806238000315, 08809593170006, - 5.08.09.0000146 Pasireotidum – GTIN: 05909991200305, 05909991200312, 05909991200336, 07613421022365, 07613421022372, - w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym; 5) załącznika nr 3 do zarządzenia, określającego Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu programów lekowych i polegają na: a) zmianie wymagań dla programu B.25. Leczenie mukopolisacharydozy typu II (zespół Huntera) w części „organizacja udzielania świadczeń”, w związku z wnioskami Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oraz Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy, b) zmianie nazwy zakresu dla programu B.54. z „Leczenie chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytoowego” na „Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytoowego”, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym, c) zmianie nazwy zakresu dla programu B.56. z „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego” na „Leczenie chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego”, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym, d) zmianie wymagań dla programu B.57. Leczenie spastyczności kończyny górnej i/lub dolnej po udarze mózgu z użyciem toksyny botulinowej typu A w części „lekarze”, zgodnie ze stanowiskiem Konsultanta Krajowego w dziedzinie neurologii, e) zmianie nazwy zakresu dla programu B.100. z „Leczenie opornej i nawrotowej postaci klasycznego chłoniaka Hodgkina” na „Leczenie chorych na oporną i nawrotową postać klasycznego chłoniaka Hodgkina”, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym, f) zmianie wymagań dla programu B.100 Leczenie chorych na oporną i nawrotową postać klasycznego chłoniaka Hodgkina w części „organizacja udzielania świadczeń” oraz „lekarze”, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym, g) zmianie nazwy zakresu dla programu B.112. z „Leczenie mukowiscydozy” na „Leczenie chorych na mukowiscydozę”, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu		
--	--	---	--	--

		refundacyjnym, h) zmianie wymagań dla programu B.128.FM. Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat w części „organizacja udzielania świadczeń” oraz w części „lekarze”, w związku z wnioskiem Pani prof. dr hab. med. Beaty Kieć-Wilk, i) dodaniu wymagań dla programu lekowego B.129.FM Leczenie chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym, j) dodaniu wymagań dla programu lekowego B.130 Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym; 6) załącznika nr 4 do zarządzenia, określającego Wykaz programów lekowych i polegają na: a) zmianie nazwy programu lekowego B.54. z „Leczenie chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytoowego” na „Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytoowego”, b) zmianie nazwy programu lekowego B.56. z „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego” na „Leczenie chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego”, c) dodaniu substancji czynnych apalutamid i darolutamid w programie lekowym B.56. „Leczenie chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego”, d) zmianie nazwy programu lekowego B.100. z „Leczenie opornej i nawrotowej postaci klasycznego chłoniaka Hodgkina” na „Leczenie chorych na oporną i nawrotową postać klasycznego chłoniaka Hodgkina”, e) zmianie nazwy programu lekowego B.112. z „Leczenie mukowiscydozy” na „Leczenie chorych na mukowiscydozę”, f) dodaniu substancji czynnych: iwakaftor + lumakaftor, iwakaftor + tezakaftor, iwakaftor + tezakaftor + eleksakaftor w programie lekowym B.112. „Leczenie chorych na mukowiscydozę”, g) dodaniu programu lekowego B.129.FM. „Leczenie chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1”, h) dodaniu programu lekowego B.130. „Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny”, - w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu		
--	--	--	--	--

		refundacyjnym; 7) zmiany załącznika nr 5, określającego Katalog współczynników korygujących stosowanych 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 0,0936 na 0,0832, - 5.08.09.0000065 trastuzumabum (postać dożylna): z 2,2284 na 1,7411, po analizie średnich cen leków w miesiącu grudniu 2021 roku, mających obowiązywać od dnia 1 kwietnia 2022 roku; 8) zmiany załącznika nr 18 do zarządzenia, określającego zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację i weryfikację skuteczności leczenia nocnej napadowej hemoglobinurii (PNH), poprzez dodanie zapisów odnoszących się do możliwości kwalifikacji pacjentów do programu lekowego, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym; 9) dodania załącznika nr 28 do zarządzenia, określającego zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym; 10) dodania załącznika nr 29 do zarządzenia, określającego zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia chorych z dystrofią mięśniową Duchenne’a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym. Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący. Brzmienie w § 4 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 marca 2022 r. z wyjątkiem załącznika nr 5, określającego Katalog współczynników korygujących stosowanych w programach lekowych, który stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 kwietnia 2022 r. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania. Zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach, Prezes Narodowego		
--	--	--	--	--

			Funduszu Zdrowia przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zasięgnięciu opinii właściwych konsultantów krajowych, a także zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ustawy o świadczeniach, zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców.		
04.03.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 25/2022/GPF PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 3 marca 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie Zespołu do spraw monitorowania prawidłowości postępowania w przypadkach podejrzenia lub zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2	Zmiana zarządzenia Nr 15/2022/GPF z dnia 3 lutego 2022 r. jest uzasadniona obecną sytuacją międzynarodową (konfliktem zbrojnym na Ukrainie). W związku z tym poza zadaniami związanymi z monitorowaniem prawidłowości postępowania w przypadkach podejrzenia lub zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 pojawiła się konieczność zapewnienia dostępności do świadczeń uchodźcom. Poza nowymi zadaniami zmiana polega również na aktualizacji stanowiska członku zespołu celem dostosowania go do obecnych zadań stojących przed zespołem. Zmiana zarządzenia wpisuje się w realizację celu strategicznego NFZ nr 6 – Optymalizacja procesów wewnętrznych i nr 8 – Poprawa efektywności funkcjonowania NFZ	Wejście w życie 4 marca 2022 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/202/Zarz%C4%85dzenie-25_2022_GPF
04.03.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 24/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 28 lutego 2022 r. zmieniające zarządzenie w	Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 217/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 jest wykonaniem polecenia Ministra Zdrowia z dnia 25 lutego 2022 r. (znak: DLU.736.63.2022.KB) i z dnia 28 lutego 2022 r. (znak: DLU.736.67.2022.KB). Wprowadzona niniejszym zarządzeniem zmiana polega na finansowaniu od dnia 1 kwietnia 2022 r. świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 określonych w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia (Katalog produktów rozliczeniowych) przez	Wejście w życie 1 kwietnia 2022 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/198/Zarz%C4%85dzenie-24_2022_DSOZ

		sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19	podmioty umieszczone w wykazie, którego nowy wzór określono w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia. Mając na celu kontynuację finansowania świadczeń udzielanych na rzecz pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2, od 1 kwietnia 2022 r. świadczenia te finansowane będą na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Stosownie do powyższego, modyfikacji uległ również załącznik nr 4 do zarządzenia (załącznik nr 3 do niniejszego zarządzenia). Zgodnie z § 2 zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2022 r. Komunikat NFZ Nowy tryb finansowania części świadczeń covidowych Finansowanie części świadczeń covidowych z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 kończy się 31 marca 2022 roku. Nie oznacza to pełnego zakończenia finansowania świadczeń covidowych. Koszty szczepień przeciwko COVID-19 oraz rehabilitacji pocovidowej nadal będą pokrywane z tego funduszu, także po 31 marca 2022 roku. Leczenie pacjentów z COVID-19 (po 31 marca 2022 roku) będzie realizowane już w ramach standardowych umów z NFZ. Ze względu na utrzymujący się spadek liczby zakażeń COVID-19 oraz postępujący spadek hospitalizacji, poleceniem z 28 lutego 2022 roku, Minister Zdrowia zdecydował o zakończeniu specjalnego trybu finansowania części świadczeń covidowych z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19. Budżet NFZ zamiast Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 Do 31 marca 2022 roku świadczenia covidowe będą rozliczane i finansowane na dotychczasowych zasadach. Po tej dacie świadczenia związane z leczeniem pacjentów z COVID-19 będą rozliczane w ramach obowiązujących umów z NFZ, na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Szczepienia i rehabilitacja z odrębnym finansowaniem Z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 nadal wspierane będą świadczenia, które mają kluczowe znaczenie w przeciwdziałaniu chorobie i w powrocie do pełnej sprawności już po COVID-19. Chodzi m.in. o: szczepienia przeciwko COVID-19 rehabilitację pocovidową (stacjonarną, ambulatoryjną, dzienną, domową i psychiatryczną).		
--	--	--	---	--	--

			Dodatki covidowe do 31 marca W związku z poleceniem Ministra Zdrowia dodatki covidowe będą obowiązywały do 31 marca 2022 roku. Dyrektorzy szpitali II poziomu zabezpieczenia covidowego muszą dostarczyć informacje o wysokości dodatku covidowego, za okresy od 1 stycznia do 31 marca br., dla uprawnionych pracowników, najpóźniej do końca maja 2022 roku.		
04.03.2022	Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 25 lutego 2022 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 marca 2022 r. wykaz produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zagrożonych brakiem dostępności na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej		http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2022/23/akt.pdf
04.03.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lutego 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki	w załączniku nr 2 w części VIII „Świadczenia rezonansu magnetycznego” dodaje się lp. 26 – RM piersi	Wejście w życie 14 marca 2022 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000048201.pdf

04.03.2022	Rozporządzenie	specjalistycznej Projekt rozporządzenia w sprawie dokumentu „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty”	Projekt rozporządzenia w sprawie wzoru dokumentu prawo wykonywania zawodu farmaceuty stanowi realizację upoważnienia ustawowego określonego w art. 17 ust. 4 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, zwanej dalej „ustawą”. Rozporządzenie ma na celu umożliwienie maksymalnego zabezpieczenia dokumentu przed jego podrobieniem i wydawanie jednolicie brzmiącego i wyglądającego dokumentu przez długi okres czasu, pomimo zmieniających się warunków technicznych związanych z drukowaniem dokumentu i kolejnych nowelizacji ustawy. Celem projektowanego rozporządzenia jest określenie wzoru dokumentu „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty”. Dokument ma formę książeczki z naklejką personalizacyjną, która będzie zawierała dane pozwalające na ustalenie tożsamości jego posiadacza, w tym jego fotografię. Dokument farmaceuty będzie zawierał szereg zabezpieczeń przed podrobieniem i fałszerstwem dokumentu. Zgodnie z art. 13 ust. 1 ustawy dokument „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty”, wydawany będzie przez okręgową radę aptekarską, właściwą ze względu na zamierzone miejsce wykonywania zawodu farmaceuty, a w odniesieniu do osoby, która posiada kwalifikacje, o których mowa w art. 5 ust. 1 pkt 4 i 5 oraz ust. 4 ustawy – Naczelna Rada Aptekarska. Dokument będzie wydawany wszystkim farmaceutom, którzy spełniają warunki określone w ustawie i złożą stosowny wniosek. Mając na uwadze skomplikowany oraz długotrwały proces tworzenia produkcji wyżej wymienionych dokumentów zachowano możliwość wykorzystywania dotychczasowego wzoru dokumentu prawo wykonywania zawodu farmaceuty, nie dłużej jednak niż do dnia 12 lipca 2022 r.	Konsultacje publiczne do 12 marca 2022 r.	https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12357155/12859160/12859161/dokument545167.pdf
25.02.2022	Obwieszczenie	OBWIESZCZENIE NIEPREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 24 lutego 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu	Ogłasza się jednolity tekst zarządzenia Nr 135/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 lipca 2021 r. w sprawie zasad wypłacania premii motywacyjnej związanej ze szczepieniami przeciwko chorobie COVID-19 świadczeniodawcom realizującym świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem zmian wprowadzonych zarządzeniem Nr 22/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 lutego 2022 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie zasad wypłacania premii motywacyjnej związanej ze szczepieniami przeciwko chorobie COVID-19 świadczeniodawcom realizującym świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.	Wejście w życie 25 lutego 2022 r.	Akt prawny: Obwieszczenie-1 2022 - Baza Aktów Własnych (nfz.gov.pl)

		zarządzenia w sprawie zasad wypłacania premii motywacyjnej związanej ze szczepieniami przeciwko chorobie COVID-19 świadczeniodawcom realizującym świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej			
25.02.2022	Zarządzenie	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lutego 2022 r. w sprawie powołania Krajowej Rady do spraw Neurologii	Do zadań Rady należy: 1) opracowywanie i przedstawianie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia strategii i propozycji działań w zakresie organizacji opieki nad chorymi z: a) udarem mózgu, b) chorobą Alzheimera, c) chorobą Parkinsona, d) padaczką, e) stwardnieniem rozsianym, f) innymi chorobami neurologicznymi, na polecenie ministra właściwego do spraw zdrowia; 2) opracowywanie, we współpracy ze stowarzyszeniami będącymi towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, standardów postępowania medycznego w zakresie chorób neurologicznych i ich upowszechnianie; 3) opracowanie kryteriów jakościowych, związanych z diagnostyką i leczeniem neurologicznym; 4) przygotowanie rekomendacji w zakresie innowacyjnych technologii, które mają zastosowanie w diagnostyce i leczeniu schorzeń neurologicznych.	Wejście w życie 3 marca 2022 r., zarządzenie traci moc z dniem 1 lipca 2031 r.	Zarządzenie z dnia 23 lutego 2022 r. (mz.gov.pl)

24.02.2022	Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 21 lutego 2022 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych	ustala się na dzień 1 marca 2022 r. wykaz refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych		Obwieszczenie (mz.gov.pl)
24.02.2022	Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 21 lutego 2022 r. w sprawie wykazu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, dla których ustalono urzędową cenę zbytu	ustala się na dzień 1 marca 2022 r. wykaz leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego		Obwieszczenie (mz.gov.pl)
24.02.2022	Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 8 lutego 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra	Ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 grudnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania obserwacji oraz sposobu finansowania obserwacji, a także warunków zabezpieczenia zakładów dla osób pozbawionych wolności (Dz. U. z 2019 r. poz. 1708)		OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 8 lutego 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania obserwacji oraz sposobu finansowania obserwacji, a także warunków zabezpieczenia

		Zdrowia w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania obserwacji oraz sposobu finansowania obserwacji, a także warunków zabezpieczenia zakładów dla osób pozbawionych wolności			zakładów dla osób pozbawionych wolności (dziennikustaw.gov.pl)
24.02.2022	Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 stycznia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu	Ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1207)		OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 17 stycznia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (dziennikustaw.gov.pl)

		rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych			
24.02.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne	Konieczność dostosowania wzoru wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne do sposobu funkcjonowania i finansowania dyspozytorni medycznych i przeniesienia tego zadania z właściwości dysponentów zespołów ratownictwa medycznego do właściwości wojewodów. Projekt rozporządzenia wprowadza zmianę w zakresie sprawozdawania przez wojewodów danych dotyczących kosztów funkcjonowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne za rok poprzedni przez wprowadzenie podziału na koszty funkcjonowania zespołów ratownictwa medycznego oraz koszty funkcjonowania dyspozytorni medycznych. Nowe regulacje będą stosowane do aktualizacji wojewódzkich planów działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, składanych Ministrowi Zdrowia do dnia 30 marca 2022 r. na podstawie art. 21 ust. 2a ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.	Konsultacje publiczne do 28 lutego 2022 r.	Akt prawny (legislacja.gov.pl)
21.02.2022	Ustawa	Poselski projekt ustawy o zawodzie kosmetologa	Dotyczy - zgodnie z uzasadnieniem - usunięcia niepewności co do stanu prawnego dotyczącego dopuszczalności i sposobów przeprowadzania specjalistycznych niechirurgicznych zabiegów estetycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; regulacji wskazanej sfery stosunków społecznych, a w szczególności ustanowienia nowego zawodu kosmetologa, funkcjonującego jako zawód zaufania publicznego	skierowano do konsultacji - SN, PG, NRA, KRRP, RDS, NRL, NRPiP, KRDL, KRF, RMiŚP, KIG i UODO	9-020-797-2022.pdf (sejm.gov.pl)
21.02.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra	W załączniku w części Świadczenia scharakteryzowane rozpoznaniem dodaje się Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej kończyn oraz	Wejście w życie 19	ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 15 lutego 2022 r.

		Zdrowia z dnia 15 lutego 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego	Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej o innym nieokreślonym umiejscowieniu	lutego 2022 r. z mocą od dnia 1 stycznia 2022 r.	zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (dziennikustaw.gov.pl)
21.02.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 lutego 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki	Projektowane rozporządzenia ma na celu zwiększenie skali zainteresowania podmiotów prowadzących apteki ogólnodostępne przeprowadzaniem w tych aptekach badań diagnostycznych w kierunku SARS-CoV-2. Problemem wymagającym rozwiązania jest bowiem mniejsza, niż pierwotnie zakładana liczba tych podmiotów, oraz tempo jej wzrostu. Projektowane rozwiązanie jest ukierunkowanie na ich zwiększenie. Dodatkowo projektem dokonuje się precyzyjnego rozróżnienia wyposażenia wymaganego w aptece ogólnodostępnej na potrzeby: 1) szczepienia przeciwko COVID-19 lub grypie; 2) przeprowadzania badania diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 - w ramach opieki farmaceutycznej; 3) sprawowania opieki farmaceutycznej, w zakresie pozostałym niż w pkt 2, w tym przeprowadzania innych przewidzianych badań diagnostycznych niż w kierunku SARS-CoV-2. Projektem dokonuje się również rozszerzenia wymagań dotyczących utylizacji odpadów medycznych na pozostałości po przeprowadzeniu ww. badań diagnostycznych. Rekomenduje się rozszerzenie faktycznych możliwości przeprowadzania przez farmaceutów badań diagnostycznych w kierunku SARS-CoV-2 poprzez umożliwienie ich przeprowadzania w dwóch dodatkowych pomieszczeniach (prócz pomieszczeń dotychczas przewidzianych dla tego celu) tj. w izbie ekspedycyjnej apteki ogólnodostępnej (obecne przepisy dają możliwość przeprowadzania ww. badań jedynie w wydzielonej przestrzeni tej izby, stanowiącej pokój opieki farmaceutycznej, a nie w izbie samej w sobie) , oraz w komorze przyjęć apteki. Te dwa pomieszczenia są racjonalnym wyborem – pierwsze z nich już obecnie jest wykorzystywane, z uwzględnieniem wymogów	Wejście w życie 18 lutego 2022 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 lutego 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki (dziennikustaw.gov.pl)

			dotyczących rozdziału czasowego pełnionych przez nie funkcji, do przeprowadzania w aptekach ogólnodostępnych szczepień przeciw COVID-19 lub grypie. Z kolei komora przyjęć spełnia oczekiwania projektodawcy z punktu zakładanego celu opisanego w pkt 1 OSR, jako pomieszczenie umożliwiające testowanie ze względu na usytuowanie w pobliżu wejścia do apteki przeznaczonego dla dostaw towaru i dla personelu, z czym z kolei wiąże się to, że przeprowadzanie w niej badań diagnostycznych w kierunku SARS-CoV-2 pozwoli wyeliminować czynnik w postaci jednoczesnej obecności w jednym miejscu osób chcących poddać się badaniu diagnostycznemu oraz innych osób korzystających ze świadczeń lub usług farmaceutycznych apteki ogólnodostępnej, względnie poddających się szczepieniom. Ponadto komora przyjęć jest pomieszczeniem, które nie jest w stałym użyciu, jest efektywnie wykorzystywana kilkakrotnie w ciągu dnia. Poza tymi sytuacjami, przeprowadzanie badań diagnostycznych w omawianym pomieszczeniu powinno pozwolić na względnie niezakłóconą pracę apteki jako pewnej całości. Jedynym możliwym narzędziem interwencji jest interwencja legislacyjna. Obecnie wymagania, w tym lokalowe, i dotyczące wyposażenia dla możliwości przeprowadzania badań diagnostycznych w aptekach ogólnodostępnych, są określone w powszechnie obowiązujących przepisach prawa, więc wszelkie zmiany odnoszące się do tych wymagań, również muszą być przeprowadzane z wykorzystaniem działań legislacyjnych ukierunkowanych na te przepisy. Tym samym nie ma alternatywnych metod osiągnięcia zakładanego celu.		
17.02.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 22/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 16 lutego 2022 r. zmieniające zarządzenie w	Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 135/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 lipca 2021 r. w sprawie zasad wypłacania premii motywacyjnej związanej ze szczepieniami przeciwko chorobie COVID-19 świadczeniodawcom realizującym świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, stanowi wykonanie polecenia Ministra Zdrowia z dnia 10 lutego 2022 r. (znak: DLU.736.48.2022.KB) zmieniającego polecenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2021 r. wydanego na podstawie art. 11h ust. 2 pkt 2 oraz ust. 4 i 5 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych	Wejście w życie 17 lutego 2022 r.	Akt prawny: Zarządzenie-22_2022_DSOZ - Baza Aktów Własnych (nfz.gov.pl)

		sprawie zasad wypłacania premii motywacyjnej związanej ze szczepieniami przeciwko chorobie COVID-19 świadczeniodawcom realizującym świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 2095, z późn. zm.). Zgodnie z treścią ww. polecenia, Minister Zdrowia dostrzegł potrzebę modyfikacji przepisów nowelizowanego zarządzenia w zakresie terminu, w którym wypłacana jest premia motywacyjna związana ze szczepieniami przeciwko chorobie COVID-19 świadczeniodawcom realizującym świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, oraz analogicznie terminów obowiązujących Narodowy Fundusz Zdrowia przy rozliczaniu się z Ministrem Zdrowia. Powyższe, wynika z informacji przekazanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia o problemach związanych z opóźnionym przekazywaniem przez świadczeniodawców faktur z tytułu należnej premii. W związku z powyższym, nastąpiła konieczność zmiany § 1 ust. 6 zarządzenia, w zakresie terminu wypłacania premii całościowej związanej ze szczepieniami przeciwko chorobie COVID-19 świadczeniodawcom realizującym świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej za 2021 r. Wprowadzone zmiany wydłużyły termin przewidziany na wypłaty premii całościowej do dnia 18 lutego 2022 r. 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		
17.02.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 21/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 16 lutego 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i	Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 199/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 grudnia 2021 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin, stanowi wykonanie upoważnienia wynikającego z art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 48e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.). Wprowadzone zmiany polegają na nadaniu nowego brzmienia załącznikowi nr 2 zarządzenia Nr 199/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 grudnia 2021 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin (z późn. zm.). Zmiana ma charakter porządkowy oraz dostosowujący przepisy zarządzenia do obowiązujących warunków realizacji i rozliczenia świadczeń: sesji psychoterapii rodzinnej, sesji psychoterapii grupowej oraz sesji psychoedukacyjnej. Z uwagi na fakt, że rozliczeniu podlega sesja,	Wejście w życie 17 lutego 2022 r.	

		młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin	wprowadzono statystyczne produkty jednostkowe dla uczestników sesji. Wskazując świadczenia do sprawozdania dla pierwszego uczestnika sesji należy wybrać jednostkowy produkt rozliczeniowy, a dla kolejnych uczestników należy wybrać jednostkowy produkt statystyczny. Nowelizacja wpisuje się w realizację m.in. celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.		
17.02.2022	Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 stycznia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą	Ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 595)		Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 stycznia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (dziennikustaw.gov.pl)
16.02.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 19/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 14 lutego 2022 r. zmieniające	Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 55/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2020 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego stanowi wykonanie upoważnienia wynikającego z art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 48e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.). Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem (w części normatywnej zarządzenia oraz w załączniku Nr 4 do zarządzenia zmienianego) polegają na dodaniu produktu rozliczeniowego mającego na celu	Wejście w życie 15 lutego 2022 r.	Akt prawny: Zarządzenie-19_2022_DSOZ - Baza Aktów Własnych (nfz.gov.pl)

		zarządzenie w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego	pokrycie kosztów leczenia świadczeniobiorców zamieszkujących poza obszarem działania centrum, u których potwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2 oraz postawiono zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 rozpoznanie U07.1. Przedmiotowy koszt leczenia obejmuje koszt testów diagnostycznych oraz izolacji lub leczenia pacjentów przez okres 10 dni. Jednocześnie, wprowadza się rozwiązanie, które umożliwia zwiększenie o 10 dni okresu rozliczenia pobytu pacjenta, z zastosowaniem wskaźnika korygującego o wartości 1. Ponadto, w § 1 pkt 1 i § 2 ust. 1 pkt 10 niniejszego zarządzenia aktualizuje się adresy promulgacyjne (metrykę) 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.) oraz ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849, z późn. zm.). Zmiana ma charakter porządkowy. Przepisy § 1 pkt 3 niniejszego zarządzenia oraz załącznik Nr 4 brzmieniu nadanym niniejszym zarządzeniem, zgodnie z § 2, stosuje się do rozliczania świadczeń realizowanych w ramach programu pilotażowego, od dnia 1 stycznia 2022 r. Zarządzenie, zgodnie z § 3, wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania. Wprowadzone zmiany wpisują się w kluczowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia cele określone w Strategii na lata 2019-2023, m.in. (cel 2) - Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej		
16.02.2022	Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w	Ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz. U. z 2020 r. poz. 940)		OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 18 stycznia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (dziennikustaw.gov.pl)

		dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii			
16.02.2022	Rozporządzenie	w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2	W sytuacji skierowania pacjenta do odbycia izolacji w warunkach domowych, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może przedłużyć okres izolacji w oparciu o ocenę stanu zdrowia pacjenta w trakcie porady albo teleporady, która ma miejsce nie wcześniej niż w szóstej dobie izolacji. W przypadku konieczności przedłużenia izolacji w warunkach domowych, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej informuje pacjenta o przewidywanej dacie zakończenia tej izolacji	Wejście w życie 15 lutego 2022 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 lutego 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (dziennikustaw.gov.pl)
16.02.2022	Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2	Ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 października 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (Dz. U. poz. 1749)		Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (dziennikustaw.gov.pl)
16.02.2022	Uchwała	Projekt uchwały Rady Ministrów	„Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych”, zwany dalej „Programem”, stanowi realizację upoważnienia ustawowego	Konsultacje publiczne do	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

		w sprawie ustanowienia programu inwestycyjnego pod nazwą „Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych”	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 finansowanie 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	21 lutego 2022 r.	
--	--	---	--	-------------------	--

		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 geriatry i opieki długoterminowej. Szpitale w kraju dysponują 200 398 łózkami 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 geriatry 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 wyniósł 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, zatruc, utonień, 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 któregośkolwiek 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 geriatry 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 wchodzi: 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. Efektom dofinansowania w ramach Programu inwestycyjnego modernizacji podmiotów leczniczych będzie zapewnienie lepszego dostępu do usług medycznych, poprawa jakości i bezpieczeństwa świadczonych usług medycznych. Placówki zostaną wyposażone w niezbędny sprzęt i aparaturę medyczną oraz zmodernizowane i dostosowane do aktualnych wymogów i potrzeb, umożliwiając wszystkim na jednakowy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej.		
14.02.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 17/2022/DGLPR EZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 11 lutego 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie chemioterapii	Zarządzenie stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”. Projektowane zmiany wpisują się w kluczowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia cele określone w Strategii na lata 2019-2023 jak: (cel 2) poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz (cel 5) poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej. Mając na uwadze liczne zmiany dotychczas obowiązującego zarządzenia Nr 72/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21 kwietnia 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie chemioterapii, związane z dostosowaniem przepisów do obwieszczeń Ministra Zdrowia (wydawanych na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego wyrobów medycznych – Dz. U. z 2021 r. poz. 523, zwanej dalej „ustawą o refundacji”), zaistniała konieczność wydania nowego zarządzenia. W niniejszym zarządzeniu, w porównaniu do dotychczas obowiązującej regulacji, wprowadzono zmiany wynikające z obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2021 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 stycznia 2021 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 100). Najważniejsze zmiany dotyczą: 1. załącznika nr 1n - katalog leków refundowanych stosowanych w chemioterapii i polegają na: a) dodaniu kodu GTIN dla substancji czynnej: - 5.08.10.0000053 – Pemtreksedum - GTIN: 05909991444174, 05909991444167, 05909991444181, - 5.08.10.0000070 – Temozolomidum - GTIN: 05909991438449, 05909991438456, 05909991438463,	Wejście w życie 12 lutego 2022 r.	Akt prawny: Zarządzenie-17_2022_DGL - Baza Aktów Własnych (nfz.gov.pl)

		05909991438432, 05909991438470, 05909991438401,- 5.08.10.0000076 – Acidum zoledronicum - GTIN: 05909991377717- 5.08.10.0000077 – Azacitidinum - GTIN: 05909991454845 b) usunięciu kodu GTIN dla substancji czynnej:- 5.08.10.0000003 – Bicalutamidum - GTIN: 05909990052981,- 5.08.10.0000013 – Cytarabinum - GTIN: 05909990314515, 05909990314614,- 5.08.10.0000021 – Epirubicini hydrochloridum - GTIN: 05909990752515,- 5.08.10.0000032 – Idarubicini hydrochloridum - GTIN: 05909990236114, 05909990236213,- 5.08.10.0000050 – Paclitaxelum - GTIN: 05909990874446,- 5.08.10.0000056 – Tamoxifenum - GTIN: 05909990127412,- 5.08.10.0000082 – Anagrelidum - GTIN: 05909991356118,- 5.08.10.0000025 – Filgrastimum - GTIN: 05909990312214, 05909990830510, 05909990830619,- 5.08.10.0000047 – Ondansetronum - GTIN: 05909990002016, 05909990002023,- 5.08.10.0000048 – Ondansetronum - GTIN: 05909990810611,- 5.08.10.0000052 – Pegfilgrastimum - GTIN: 05909990007523,- zgodnie ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym; c) usunięciu substancji czynnej 5.08.10.0000056 Tamoxifenum, z wykazu substancji czynnych, których średni koszt rozliczenia podlega monitorowaniu zgodnie z § 30 zarządzenia, w związku z usunięciem z refundacji odpowiednika leku. 2. Załącznika 1t Katalog refundowanych substancji czynnych - Części B -substancje czynne zawarte w lekach czasowo niedostępnych w obrocie na terytorium RP i polegają na usunięciu z katalogu 1 t substancji czynnych pemetreksed i bleomycyna poprzez wskazanie daty granicznej rozliczania ww. świadczeń „do dnia 31 marca 2022 r.”, w związku z uwagą zgłoszoną przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ i stanowiskiem Ministra Zdrowia przedstawionym w piśmie znak: PLR.4504.49.2022.1.KWA z dnia 19 stycznia 2022 r.3. załącznika nr 7 - katalog współczynników korygujących stosowanych w chemioterapii i polegają na zmianie progu kosztowego dla bendamustinum hydrochloridum (kod 5.08.10.0000075) z 1,8514 zł/mg na 1,6720 zł/mg, biorąc pod uwagę analizę limitów finansowania dla poszczególnych EAN od 1 stycznia 2022 r. Oznaczenie stosowania przepisów do rozliczania świadczeń w sposób wskazany w § 35 zarządzenia, wynika z konieczności zapewnienia ciągłości stosowania przepisów w przedmiotowym zakresie, zgodnie z ww. obwieszczeniem Ministra Zdrowia oraz z terminów obowiązywania decyzji		
--	--	--	--	--

		administracyjnych Ministra Zdrowia w sprawie objęcie refundacją i określenia ceny urzędowej leków zawartych w niniejszym zarządzeniu. Wobec powyższego zarządzenie stosuje się do świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2022 r. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania. Zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zasięgnął opinii właściwych konsultantów krajowych, a także, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ustawy o świadczeniach, zasięgnął opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców. W dniach od 3 stycznia 2022 r. do 17 stycznia 2022 r. trwały konsultacje społeczne projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii. W trakcie konsultacji do projektu zarządzenia odniosło się 10 podmiotów (w tym 1 oddział wojewódzki NFZ), spośród których 7 nie zgłosiło uwag (w tym 3 po terminie). Łącznie otrzymano 29 stanowisk do przedmiotowego projektu, w tym 22 zawierających uwagi (w tym 1 po terminie) oraz 7 informujących o ich braku (w tym 3 po terminie). Z przesłanych 22 uwag: - 2 uznano za zasadne, - 2 jako częściowo zasadne, - 2 wymagają dalszej analizy, - 15 oceniono jako niezasadne, - 1 została zgłoszona po wyznaczonym terminie, w związku z czym nie podlegała rozpatrzeniu. Najważniejsze uwzględnione uwagi dotyczą: 1) załącznika nr 1t do zarządzenia – uwaga polegająca na usunięciu z katalogu 1 t substancji czynnych pemetreksed i bleomycyna poprzez wskazanie daty granicznej rozliczania ww. świadczeń „do dnia 31 marca 2022 r.” (w związku z uwagą zgłoszoną przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ i stanowiskiem Ministra Zdrowia przedstawionym w piśmie znak: PLR.4504.49.2022.1.KWA z dnia 19 stycznia 2022 r.); 2) korekty legislacyjnej w zakresie załącznika nr 1e do projektu – Katalog świadczeń podstawowych dla świadczenia 5.08.05.0000203. Zmiana polega na nadaniu właściwego brzmienia tytułowi zarządzenia Nr 217/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (w związku z uwagą		
--	--	--	--	--

14.05.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 16/2022/DGLPR EZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 11 lutego 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego	zgłoszoną przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ). Zarządzenie stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), na mocy którego Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zobowiązany jest do określenia przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego. Projektowane zmiany wpisując się w kluczowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia cele określone w Strategii na lata 2019-2023 jak: (cel 2) poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz (cel 5) poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej. Mając na uwadze liczne zmiany dotychczas obowiązującego zarządzenia Nr 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 programu lekowego, związane z dostosowaniem przepisów do obwieszczeń Ministra Zdrowia, wydawanych na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego wyrobów medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 523, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o refundacji”, zaistniała konieczność wydania nowego zarządzenia. W niniejszym zarządzeniu, w porównaniu do dotychczas obowiązującej regulacji, wprowadzono zmiany wynikające z obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2021 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 stycznia 2022 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 100). Najważniejsze zmiany dotyczą: 1) brzmienia § 9 pkt 4, § 10 pkt 2 oraz § 19 zarządzenia w związku z dodaniem do obwieszczenia refundacyjnego programu lekowego: „Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat” oraz koniecznością kwalifikacji pacjentów do terapii przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP); 2) załącznika nr 1k do zarządzenia, określającego Katalog świadczeń i zakresów i polegają na: a) dodaniu kodu zakresu 03.0000.428.02 „Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat”, b) zmianie nazwy kodu zakresu 03.0000.332.02 z „Leczenie	Wejście w życie 12 lutego 2022 r.	Akt prawny: Zarządzenie-16_2022_DGL - Baza Aktów Własnych (nfz.gov.pl)
------------	-------------	--	---	-----------------------------------	--

		choroby Leśniowskiego-Crohna” na „Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna”, – w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;3) załącznika nr 11 do zarządzenia, określającego Katalog ryczałów za diagnostykę i polegają na:a) dodaniu kodów świadczeń:- 5.08.08.0000169 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat – 1 rok terapii”, - 5.08.08.0000170 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat – 2 i kolejny rok terapii”, b) zmianie nazwy świadczenia o kodzie:- 5.08.08.0000040 z „Diagnostyka w programie leczenia choroby Leśniowskiego-Crohna” na „Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna”, - 5.08.08.0000117 z „Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej – bewacyzumab (1 i kolejny rok terapii), olaparyb (1 rok terapii)” na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej – bewacyzumab (1 i kolejny rok terapii), olaparyb (1 rok terapii), niraparyb (1 rok terapii)_ - 5.08.08.0000118 z „Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej – 2 i kolejne lata terapii olaparybem” na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej – 2 i kolejne lata terapii olaparybem lub niraparybem”, – w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;c) wykreśleniu świadczenia o kodzie 5.08.08.0000078 Diagnostyka w programie leczenia neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), z uwagi na zastąpienie świadczeniami o kodach 5.08.08.0000154 oraz 5.08.08.0000155.4) załącznika nr 1m do zarządzenia, określającego Katalog leków refundowanych stosowanych w programach lekowych i polegają na:a) dodaniu kodów GTIN dla substancji czynnych:- 5.08.09.0000030 Imatinibum - GTIN: 05909991053895, 05909991053963, 05909991051181, 05909991051259,- 5.08.09.0000057 Sorafenibum - GTIN: 05909991423711,- 5.08.09.0000167 Baricitinibum - GTIN: 03837000170740,b) dodaniu substancji czynnych i kodów GTIN:- 5.08.09.0000217 Niraparibum – GTIN: 05909991425487, 05909991425494,- 5.08.09.0000218 Givosiranum – GTIN: 08720165814046,c) wykreśleniu kodów GTIN dla substancji		
--	--	---	--	--

		czynnych:- 5.08.09.0000032 Immunoglobulinum humanum – GTIN: 05909990049868,- 5.08.09.0000033 Infliximabum – GTIN: 05909991078881– w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym,d) dodaniu substancji czynnej 5.08.09.0000030 Imatinibum, do wykazu substancji czynnych, których średnikoszt rozliczenia podlega monitorowaniu zgodnie z § 31 zarządzenia, w związku z objęciem refundacjąodpowiednika leku;e) przeniesieniu kodów GTIN:- 05909990777938 Enbrel, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 25 mg/ml;- 05909990880881 Enbrel, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań do stosowania u dzieci, 10 mg/mlz produktu rozliczeniowego 5.08.09.0000018 Etanerceptum do nowego produktu rozliczeniowego o kodzie 5.08.09.0000216.Wydzielenie odrębnego kodu świadczenia dla substancji czynnej etanerceptum wynika z wyodrębnienia w/w GTIN do osobnej grupy limitowej w obwieszczeniu Ministra Zdrowia.5) załącznika nr 3 do zarządzenia, określającego Wymagania wobec świadczeniodawców udzielającychświadczeń z zakresu programów lekowych i polegają na dodaniu wymagań dla programu lekowego B.128.FM Leczenie chorych na ostrąporfirięwątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;6) załącznika nr 4 do zarządzenia,określającego Wykaz programów lekowych i polegają na:a) zmianie nazwy programu lekowego B.32. z „Leczenie choroby Leśniowskiego-Crohna” na „Leczenie pacjentów z chorobąLeśniowskiego-Crohna”,b) dodaniu substancji czynnej niraparibum w programie lekowym B.50. „Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej”,c) dodaniu substancji czynnej ustekinumab w programie lekowym B.55. „Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG)” d) dodaniu programu lekowego B.128.FM. „Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat”,– w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;7) zmiany załącznika nr 11 do zarządzenia, określającego zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej oraz weryfikację jego skuteczności, poprzez usunięcie części 2 załącznika, tj. wzorów dokumentów w wersji papierowej, w związku z umożliwieniem kwalifikacji w oparciu o wnioski przedłożone za pośrednictwemelektronicznego systemu		
--	--	--	--	--

			monitorowania programów lekowych;8) zmiany załącznika nr 25 do zarządzenia, określającego zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia choroby Wilsona oraz weryfikacja jego skuteczności, poprzez usunięcie części 2 załącznika, tj. wzorów dokumentów w wersji papierowej, w związku z umożliwieniem kwalifikacji w oparciu o wnioski przedłożone za pośrednictwem elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych;9) dodania załącznika nr 27 do zarządzenia, określającego zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym. Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący. Oznaczenie stosowania przepisów do rozliczania świadczeń w sposób wskazany w § 36 zarządzenia wynika z konieczności zapewnienia ciągłości stosowania przepisów, zgodnie z ww. obwieszczeniem Ministra Zdrowia oraz zgodności z terminami obowiązywania decyzji administracyjnych Ministra Zdrowia w sprawie objęciarefundacją i określenia ceny urzędowej leków zawartych w niniejszym zarządzeniu. Wobec powyższego zarządzenie stosuje się do świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2022 r. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania. Zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zasięgnął opinii właściwych konsultantów krajowych, a także zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ustawy o świadczeniach, zasięgnął opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców. W dniach od 3 stycznia 2022 r. do 17 stycznia 2022 r. trwały konsultacje społeczne projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie programy lekowe. W trakcie konsultacji do ww. projektu zarządzenia odniosły się 22 podmioty (w tym 3 oddziały wojewódzkie NFZ), spośród których 8 nie zgłosiło uwag, a 8 zgłosiło uwagi po wyznaczonym terminie. Łącznie otrzymano 76 stanowisk do przedmiotowego projektu, w tym 68 zawierających uwagi oraz 8 informujących o ich braku. Z przesłanych 68 uwag: - 9 uznano jako zasadne, - 11 wymaga dalszej analizy, - 29 oceniono jako niezasadne, - 19 zostało zgłoszonych po wyznaczonym terminie, w	
--	--	--	--	--

			związku z czym nie podlegały one rozpatrzeniu. Najważniejsze uwzględnione uwagi dotyczą: 1) załącznika nr 1k do zarządzenia, określającego Katalog świadczeń i zakresów i polegają na usunięciu uwagi o treści „Technologia lekowa o wysokim poziomie innowacyjności finansowana z Funduszu Medycznego”, odnoszącej się do programu lekowego B.128FM Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat, w związku z uwagą zgłoszoną przez Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ, 2) załącznika nr 3 do zarządzenia, określającego Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu programów lekowych w zakresie programu B.128FM „Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat” a) w części „lekarze – pozostałe” dookreślenie zapisu odnoszącego się do wymaganego doświadczenia świadczeniodawcy w rozpoznawaniu i leczeniu chorych na ostrą porfirię wątrobową, w związku z uwagą zgłoszoną przez Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ oraz Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ, b) w części „zapewnienie realizacji badań” usunięcie badań: USG, tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego oraz EKG, zgodnie z uwagami zgłoszonymi przez Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ.		
14.02.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 727) wprowadziło m.in. nowe świadczenia opieki zdrowotnej dedykowane chorym na hemofilię i inne pokrewne skazy krwotoczne. Wdrożenie nowych przepisów do zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w rodzaju ambulatoryjna opieka zdrowotna nie było jednak możliwe z uwagi na rozbieżności pomiędzy warunkami realizacji nowych świadczeń a charakterystyką produktów rozliczeniowych zawartą w opracowaniu analitycznym Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Konieczne stało się sporządzenie przez AOTMiT erraty do raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń dla chorych na hemofilię i inne pokrewne skazy krwotoczne oraz doprecyzowanie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Projekt rozporządzenia wprowadza zmiany w załączniku nr 2 oraz w załączniku nr 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie	Wejście w życie 25 lutego 2022 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (dziennikustaw.gov.pl)

			świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części dotyczącej świadczeń dedykowanych chorym na hemofilię i inne pokrewne skazy krwotoczne: 1) z załącznika nr 2 usunięto trzy procedury medyczne: płytki krwi – ocena ekspresji GPIb/IX/V, płytki krwi – ocena ekspresji GPIIb/IIIa oraz ocena rozpuszczalności skrzepu w 5-molowym roztworze mocznika; 2) w załączniku nr 5 panel badań diagnostycznych dostępny w ramach świadczeń „Skazy krwotoczne – diagnostyka podstawowa” oraz „Skazy krwotoczne – diagnostyka rozszerzona” został poszerzony o dodatkowe badania: czynnik krzepnięcia VIII Ag (FVIII_{Ag}), czynnik krzepnięcia IX_{Ag} (FIX_{Ag}) oraz inhibitor czynnika krzepnięcia IX – miano; 3) w załączniku nr 5 kryteria kwalifikacji do świadczenia „Skazy krwotoczne – podstawowa ocena stanu zdrowia” zostały poszerzone o dwa rozpoznania: D69.0 Plamica alergiczna oraz D69.8 Inne określone skazy krwotoczne; 4) w załączniku nr 5 nazwy kilkunastu procedur diagnostycznych ujętych w świadczeniach „Skazy krwotoczne – diagnostyka podstawowa”, „Skazy krwotoczne – diagnostyka rozszerzona”, „Skazy krwotoczne – podstawowa ocena stanu zdrowia” oraz „Skazy krwotoczne – rozszerzona ocena stanu zdrowia” zostały ujednolicone z nazwami procedur diagnostycznych wymienionych w załączniku nr 2 do przedmiotowego rozporządzenia.		
14.02.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lutego 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach	Projektowane rozporządzenie zmieniające rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 lutego 2021 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Dz. U. poz. 351, z późn. zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem”, jest wydawane na podstawie art. 34 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2021 r. poz. 2069, z późn. zm.). W projekcie rozporządzenia wprowadza się przede wszystkim zmiany, których celem jest zmiana zasad odbywania obowiązkowej izolacji w warunkach domowych oraz obowiązkowej kwarantanny. Projekt rozporządzenia przewiduje: 1) skrócenie izolacji z 10 dni do 7 dni. Skrócenie okresów obowiązkowej izolacji w warunkach domowych zostało poprzedzone analizą obserwowanych zmian przebiegu klinicznego zakażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz przebiegiem wywołanej nim choroby	Wejście w życie 15 lutego 2022 r., z wyjątkiem § 1 pkt 1 lit. b tiret trzecie w zakresie § 4 ust. 2 pkt 3 lit. a i b, pkt 2 lit. a, b i e oraz § 2 ust. 1, które wchodzi w życie dniem 11 lutego	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lutego 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (dziennikustaw.gov.pl)

		domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego	COVID-19. Zasadność tej decyzji mogą potwierdzać także zmiany w okresie obowiązkowej izolacji wprowadzane w innych państwach rozwiniętych; 2) pozostawienie obowiązku odbycia kwarantanny w odniesieniu tylko do osób zamieszkujących lub prowadzących wspólne gospodarstwo domowe z osobą, u której stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2 i które zostały poddane z tej przyczyny izolacji w warunkach domowych. Okres obowiązkowej kwarantanny ulegał będzie zakończeniu z dniem zakończenia tej izolacji; 3) objęcie funkcjonariuszy Służby Więziennej oraz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu i Centralnego Biura Antykorupcyjnego zasadami odbywania izolacji w warunkach domowych oraz obowiązkowej kwarantanny ustanowionymi dla żołnierzy Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, żołnierzy wojsk obcych i ich personelu cywilnego, żołnierzy, funkcjonariuszy i pracowników Służby Kontrwywiadu Wojskowego i Służby Wywiadu Wojskowego, funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Służby Ochrony Państwa. Objęcie ww. funkcjonariuszy analogicznymi zasadami odbywania izolacji w warunkach domowych oraz obowiązkowej kwarantanny jest uzasadnione nadzwyczajną istotną rolą, jaką wykonują te formacje w działaniach podejmowanych na rzecz zapewnienia porządku i bezpieczeństwa publicznego, a także sprawniejszego wykonywania ich zadań ustawowych; 4) skrócona izolacja w warunkach domowych będzie odnosiła się do osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej a nie tylko do osób wykonujących zawód medyczny. Jednocześnie w zakresie odbywania obowiązkowej kwarantanny rezygnuje się z ograniczenia tych zasad wyłącznie do osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej osobom chorym na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2. Decyzja jest uzasadniona obecną sytuacją epidemiczną i rolą jaką spełniają wszystkie osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej bez względu na wykonywany zawód na rzecz zapewnienia ochrony zdrowia społeczeństwa i należytego funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Ponadto w rozporządzeniu wprowadzono zmiany dotyczące sposobu liczenia czasu odbywania izolacji w warunkach domowych przyjmując, że będzie on liczony od momentu wykonania testu diagnostycznego.	2022 r.	
--	--	--	--	---------	--

			W rozporządzeniu nowelizującym przewidziano przepisy przejściowe, zgodnie z którymi: 1) z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia ulega zakończeniu obowiązkowa kwarantanna, z wyjątkiem kwarantanny odbywanej przez osoby zamieszkującej lub prowadzącej wspólne gospodarstwo domowe z osobą, u której stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2 i która została poddana z tej przyczyny izolacji w warunkach domowych, a także osoby skierowane do diagnostyki laboratoryjnej w kierunku wirusa SARS-CoV-2, zgodnie ze standardem organizacyjnym opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 711, z późn. zm.); 2) do osób, które w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia odbywają izolację w warunkach domowych stosuje się przepisy dotychczasowe. Izolacja tych osób ulega także zakończeniu w przypadku wprowadzenia negatywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2, wykonanego nie wcześniej niż w ósmej dobie trwania tej izolacji, do systemu teleinformatycznego udostępnionego przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia.		
14.02.2022	Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 10 stycznia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie	ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2020 r. poz. 857)		OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 10 stycznia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu u rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (dziennikustaw.gov.pl)

14.02.2022	Obwieszczenie	zdrowia ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii	ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. poz. 491)		Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 1 lutego 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (dziennikustaw.gov.pl)
14.02.2022	Uchwała	Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia programu inwestycyjnego pod nazwą „Program inwestycyjny modernizacji podmiotów w leczniczych”	„Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych”, zwany dalej „Programem”, stanowi realizację upoważnienia zawartego w art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. poz. 1875). Wprowadzenie Programu umożliwi realizację celu określonego w ww. ustawie, tj. modernizacji, przebudowy lub doposażenia podmiotów leczniczych w ramach Subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych oraz finasowanie działań w następujących obszarach: 1) wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opieki zdrowotnej; 2) wymiana łóżek szpitalnych; 3) wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego. Program zapewni finansowanie pilnych działań zapewniających modernizację infrastruktury budowlanej oraz systematyczne uzupełnianie i wymiana zużytej oraz wyeksploatowanej bazy sprzętowej podmiotów leczniczych, w celu zwiększenia dostępności i podniesienia jakości świadczonych usług medycznych, poprawy komfortu pacjentów czyli zapewni warunki do racjonalnego, nowoczesnego, kompleksowego i skutecznego leczenia. Głównym problem podmiotów prowadzących działalność leczniczą jest niespełnianie przez nie wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 595, z późn. zm.). Większość budynków, w których są zlokalizowane placówki medyczne,	Konsultacje publiczne do 21 lutego 2022 r.	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

		powstała w latach 50-60 XX wieku lub wcześniej, a przeprowadzane dotychczas prace w zakresie modernizacji pozwalały jedynie na fragmentaryczne odtwarzanie infrastruktury. Stare budynki i wyeksploatowana infrastruktura nie spełniają standardów i wymaga modernizacji, w tym także dostosowania do potrzeb osób o różnym stopniu niepełnosprawności. Nie bez znaczenia pozostaje kwestia coraz większych nakładów potrzebnych na utrzymanie, naprawy i remonty wyeksploatowanych budynków. Rosnące koszty ograniczają możliwość rozwoju podmiotów leczniczych i ograniczają dostępność świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów. Konieczne są bieżące inwestycje w zakresie dostosowywania szpitali do wymogów przestrzennych, sanitarnych oraz instalacyjnych, ponieważ w dalszym ciągu, mimo realizacji wieloletnich projektów, Najwyższa Izba Kontroli zidentyfikowała problemy w tym zakresie. Zły stan infrastruktury budowlanej i sprzętowej, powoduje również ryzyko występowania zakażeń szpitalnych, które zagrażają bezpieczeństwu pacjentów i pociągają za sobą wysokie koszty leczenia. Jednocześnie zmieniająca się sytuacja epidemiologiczno-demograficzna kraju oraz dynamiczny postęp wiedzy technologicznej i medycznej wymaga wprowadzania określonych zmian mających na celu zoptymalizowanie alokacji zasobów ochrony zdrowia, polegających przede wszystkim na dostosowaniu potencjału infrastruktury diagnostyczno-leczniczej do obowiązujących wymogów i potrzeb społeczeństwa. Infrastruktura, zarówno budowlana jak i sprzętu medycznego, jest jednym z elementów absolutnie niezbędnych do zapewniania dostępności wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej. Brak wsparcia infrastruktury podmiotów leczniczych wpływa na: 1) pogorszenie jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej; 2) spadek lub brak dostępności świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów; 3) wydłużenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej; 4) spadek bezpieczeństwa i komfortu, zarówno pacjentów i ich rodzin, jak i kadry podmiotów leczniczych; 5) ryzyko niespełnienia wymogów sanitarnych i technicznych oraz współczesnych standardów opieki szpitalnej; 6) rosnące koszty coraz częstszych napraw i remontów poszczególnych części infrastruktury szpitali;		
--	--	---	--	--

		7) rosnące koszty eksploatacyjne; 8) problemy z dostosowaniem się do zmieniających się technologii leczenia; 9) problemy z dostosowaniem potencjału infrastruktury diagnostyczno-leczniczej do potrzeb społeczeństwa. Ad. 1. Wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych. Prognoza demograficzna dla Rzeczypospolitej Polskiej wskazuje, iż odsetek osób w wieku powyżej 65 lat wzrośnie do 2060 r. ponad dwukrotnie – do 34,5% i będzie należał do jednego z najwyższych w Europie. Podobnie dla populacji powyżej 80 lat, odsetek tej grupy wiekowej wzrośnie blisko czterokrotnie z 3,3% do 12,3% w 2060 r. Tendencje te potwierdza również raport Banku Światowego w odniesieniu do stanu i perspektyw opieki długoterminowej w Rzeczypospolitej Polskiej. Dane wskazują na konieczność podjęcia działań wspierających opiekę medyczną nad osobami w wieku podeszłym ze szczególnym uwzględnieniem inwestycji w infrastrukturę udzielania świadczeń z zakresu geriatry i opieki długoterminowej. Szpitale w kraju dysponują 200 398 łózkami o średnim obłożeniu 70%. We wszystkich województwach średnie obłożenie faktyczne jest niższe niż przyjęty poziom optymalny 80%, co wskazuje skalę potencjalnych przekształceń w systemie opieki szpitalnej. Zestawiając obecne średnie obłożenia łóżek i optymalne obłożenie na poziomie 80% widoczny jest potencjał na przybliżonym poziomie 19 070 łóżek do zagospodarowania na cele przekształceń oddziałów o zwiększonym zapotrzebowaniu na świadczenia zdrowotne, w tym na potrzeby oddziałów geriatry i na łóżka opieki długoterminowej. Niewielka liczba oddziałów geriatrycznych (62 oddziały z łączną liczbą 1 208 łóżek), długi czas oczekiwania na świadczenie (najdłuższy średni czas oczekiwania w przypadku stabilnym w 2019 r. wyniósł 105 dni w woj. dolnośląskim, przy czym średnio pacjenci czekali 41 dni) oraz wielochorobowość pacjentów starszych można założyć, iż pacjenci są alokowani w większości na inne dostępne oddziały, co oznacza, że brakuje bazy łóżkowej dla pacjentów geriatrycznych. Skutkiem oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane seniorom jest pogłębienie się niesprawności i niesamodzielności, znaczny spadek jakości ich życia, a przede wszystkim opóźnienie diagnostyki i wdrożenia odpowiedniego leczenia skutkujące mniejszymi szansami na wyleczenie lub osiągnięcie pożądanego efektu klinicznego.		
--	--	---	--	--

			Kolejka oczekujących powoduje również, iż rosną koszty leczenia pacjenta. Z przeprowadzonej przez Ministerstwo Zdrowia w 2020 r. oceny stanu infrastruktury oddziałów geriatrycznych wynika, że istnieje wysoki odsetek (16%) szpitali, które oceniły stan infrastruktury jako nieodpowiedni i niedostosowany do potrzeb społeczeństwa. Postępujące starzenie się populacji wpływa również na dostępność do świadczeń opieki długoterminowej oraz powoduje znaczne obciążenie systemu ochrony zdrowia i brak możliwości zapewnienia wszystkim natychmiastowego dostępu, co jest istotne z punktu widzenia zachowania ciągłości leczenia pacjentów. Pobyt pacjentów w zakładach 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 oczekiwali na przyjęcie 294 dni. Natomiast najdłuższy przeciętny rzeczywisty czas oczekiwania w przypadku stabilnym na przyjęcie pacjenta do zakładu lub oddziału pielęgnacyjno-opiekuńczego wyniósł w lutym 2020 r. 321 dni (w woj. kujawskopomorskim), przy czym średnio pacjenci czekali na przyjęcie 144 dni. Wzrastająca liczba osób wymagających świadczeń w ramach opieki długoterminowej i bardzo długi czas oczekiwania na przyjęcie do ośrodków stacjonarnej opieki długoterminowej, wskazuje na ograniczoną liczbę dostępnych miejsc w tych ośrodkach. Przeprowadzona przez Ministerstwo Zdrowia w 2020 r. ocena stanu infrastruktury w stacjonarnych zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych wskazała, że istnieje duży odsetek udziału powierzchni (45%), który został oceniony pod względem stanu infrastruktury jako nieodpowiedni i niedostateczny mając na uwadze bardzo duże zużycie, awaryjność, ubytki w wykończeniu, instalacjach i wyposażeniu – ich stopień degradacji jest na bardzo wysokim poziomie i z roku na rok może generować coraz wyższe koszty utrzymania. Zidentyfikowane problemy: 1) ograniczona dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów geriatrycznych;		
--	--	--	--	--	--

		2) ograniczona dostępność do świadczeń opieki długoterminowej w zakładach opiekuńczo-leczniczych lub zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych; 3) długi czas oczekiwania na przyjęcie pacjenta w zakładach opiekuńczo-leczniczych lub zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz na oddziałach geriatrycznych; 4) duży odsetek (45%) powierzchni infrastruktury w stacjonarnych zakładach opiekuńczo-leczniczych lub zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych jest w nieodpowiednim stanie technicznym. Ad. 2. Wymiana łóżek szpitalnych. Łóżka szpitalne to niezbędny element wyposażenia podmiotów leczniczych, który ma duży wpływ na przebieg leczenia, rekonwalescencji oraz ogólne samopoczucie pacjenta. Zdiagnozowanym problemem, jest jakość łóżek szpitalnych, które są wykorzystywane w hospitalizacji. W wyniku przeprowadzonego przez Ministerstwo Zdrowia badania w 2020 r. dotyczącego oceny stanu i stopnia zużycia infrastruktury łóżek szpitalnych w podmiotach leczniczych zakwalifikowanych do Systemu Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej, stwierdzono, że okres eksploatacji 58% wszystkich wykorzystywanych łóżek przekracza 12 lat. Łóżka, ze względu na długi okres eksploatacji, są niedostosowane do aktualnych wymogów i potrzeb, a także nie spełniają funkcji, jakie powinny pełnić w procesie leczenia szpitalnego i rekonwalescencji. Ze względów sanitarnych i technologicznych powinny zostać wycofane z eksploatacji. Przeprowadzone badanie stanu infrastruktury łóżek szpitalnych wykazało, że 2 na 3 łóżka szpitalne kwalifikują się do pilnej wymiany. Zidentyfikowane problemy: 1) niska jakość łóżek szpitalnych obniża bezpieczeństwo hospitalizowanych pacjentów, a także może w sposób znaczący opóźnić powrót pacjenta do zdrowia; 2) wyeksploatowane łóżka o ograniczonej funkcjonalności zmniejszają komfort pacjentów zwłaszcza w trakcie długotrwałych hospitalizacji, ograniczają samodzielność pacjenta w codziennym funkcjonowaniu w trakcie leczenia, a także przyczyniają się do wypadków w trakcie hospitalizacji; 3) stan techniczny łóżek szpitalnych, przez wyeksploatowanie materiału, z którego są wykonane oraz trudności w skutecznym czyszczeniu i dezynfekcji, generuje ryzyko występowania i dłuższego		
--	--	--	--	--

		utrzymywania się zakażeń szpitalnych, które są istotnym problemem nie tylko w kontekście kosztów, ale także bezpieczeństwa pacjentów; 4) brak nowych łóżek o dużej funkcjonalności, które wpłynęłyby na poprawę warunków pobytu pacjentów oraz warunków pracy personelu medycznego. Ad. 3. Wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego. W ostatniej dekadzie zauważa się wzrost udziału zgonów z powodu upadków, wypadków komunikacyjnych, zatruc, utonięć, działań ognia, dymu oraz płomieni. We wszystkich wymienionych kategoriach, wg według oszacowań szacunków Eurostatu, zagrożenie życia w Rzeczypospolitej Polskiej jest wyższe niż przeciętne w krajach Unii Europejskiej. W celu zapewnienia pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w Rzeczypospolitej Polskiej działa system Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM) obejmujący świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w stanie nagłego zagrożenia zdrowia i życia w ramach tzw. pomocy w stanie nagłym. System ten stanowi swego rodzaju sieć naczyń połączonych, w przypadku której brak lub zaburzenie funkcjonowania któregośkolwiek z elementów wpływa na niską skuteczność działania systemu jako całości. Pomimo znaczącej poprawy wyposażenia i funkcjonowania dotychczasowej infrastruktury ratownictwa medycznego, nadal istnieją potrzeby doposażenia, wymiany sprzętu i modernizacji infrastruktury jednostek systemu oraz jednostek z nim współpracujących w każdym jego ogniwie, na każdym etapie udzielania pomocy w stanie nagłym w ramach łańcucha przeżycia. System PRM wymaga wzmocnienia zarówno na etapie poza szpitalnym, czyli w zakresie wyposażenia Zespołów Ratownictwa Medycznego (ZRM) w środki transportu sanitarnego (ambulanse), jak i szpitalnym, czyli w odniesieniu do Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (SOR), Centrów Urazowych (CU) i Centrów Urazowych dla Dzieci (CUD). Z uwagi na częste wyjazdy ZRM, odbywające się w trudnych warunkach drogowych, warunkach jazdy ekstremalnej, ambulanse uzyskują znaczny przebieg w krótkim czasie, a w konsekwencji podlegają szybkiemu zużyciu. Co do zasady, według przyjętych standardów i konsensusu opinii ekspertów w zakresie ratownictwa medycznego w systemie nie powinny być wykorzystywane pojazdy starsze niż 5 lat oraz o przebiegu większym niż 300 tys. km. Według przyjętych kryteriów pojazdy wyeksploatowane stanowią średnio ok.		
--	--	---	--	--

		40% floty dysponentów ZRM i wymagają pilnej wymiany. Również coraz częstsze dysponowanie Zespołami Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (LPR) w miejscach zdarzeń nagłych i w ramach całodobowej gotowości do pomocy, sprzęt medyczny będący wyposażeniem śmigłowców, ale i same śmigłowce ulegają szybkiemu zużyciu w wyniku intensywnej eksploatacji w trudnych warunkach. Istnieje zatem konieczność doposażenia i wymiany sprzętu lotniczych ZRM wraz z dostosowaniem ich infrastruktury śmigłowcowej oraz naziemnej do warunków częstych lotów i całodobowej służby, w tym także możliwości szkolenia. Znaczna część SOR jest lokowana w pomieszczeniach szpitali, które są nieprzystosowane do profilu zadań tych jednostek, w tym bez lądowisk przyszpitalnych. Spośród obecnie działających 240 SOR, 32 SOR nie posiadają lądowiska, a 18 SOR posiada lądowiska, które nie są dostosowane do obecnych przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2021 r. poz. 2048). Wskazane rozporządzenie nakłada na kierowników szpitali posiadających SOR obowiązek spełnienia do dnia 1 lipca 2021 r. wymogów w zakresie m.in. organizacji w szpitalu miejsca udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, obszaru do przeprowadzenia segregacji medycznej, miejsca izolacji w oddziale oraz pomieszczeń sanitarno-higienicznych przystosowanych dla osób niepełnosprawnych. Ponadto, do dnia 1 lipca 2022 r. każdy SOR musi spełnić warunek posiadania dostępu do lotniska bądź lądowiska, umożliwiającego przyjęcie pacjenta z transportu lotniczego działającego w trybie całodobowym, zgodnego z wymaganiami określonymi w ww. rozporządzeniu. Dodatkowo intensywna eksploatacja całej infrastruktury i użytkowanie jej całodobowo, często bez jakiegokolwiek przerwy technicznej w działaniu sprzętów diagnostycznych i aparatury wspomagającej funkcje życiowe pacjenta, powoduje szybkie i nadmierne zużywanie się sprzętu. Równolegle, dokonujący się rokrocznie postęp technologiczny dotyczący również technologii medycznych powoduje, iż konieczna jest wymiana wyeksploatowanych, przestarzałych sprzętów na nowoczesną, łatwą w użytkowaniu i bardziej kompaktową aparaturę. Równocześnie niezadowalający jest stan infrastruktury CU i CUD. CU stanowi wydzieloną funkcjonalnie część szpitala, w której specjalistyczne oddziały są powiązane ze sobą organizacyjnie oraz zakresem zadań, w sposób pozwalający na szybkie diagnozowanie i		
--	--	--	--	--

		leczenie pacjenta urazowego. CU również musi dysponować lądowiskiem lub lotniskiem dla śmigłowca ratunkowego, zlokalizowanym w takiej odległości, aby możliwe było przyjęcie pacjenta urazowego, bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego. Zidentyfikowane problemy: 1) pogorszenie stanu technicznego taboru samochodowego wraz z niezbędnym wyposażeniem wykorzystywanego przez ZRM, a w konsekwencji brak możliwości dojazdu do osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i udzielenia pomocy na miejscu zdarzenia; 2) przestarzały, niedostosowany do aktualnych wymogów i potrzeb sprzęt medyczny w śmigłowcach LPR zakupiony wraz ze śmigłowcami w latach 2009-2010; 3) niedostosowana infrastruktura do prowadzenia działalności udzielanych świadczeń w SOR, w większości występująca w budynkach kilkudziesięcioletnich; 4) brak SOR na terenach, gdzie jest utrudniony dostęp i większe zapotrzebowanie na udzielane w nich świadczeń opieki zdrowotnej wynikające z dużego zagęszczenia ludności; 5) brak lądowisk przyszpitalnych lub niedostosowanie lądowisk do wymaganych przepisów; 6) niedostosowana infrastruktura CU i CUD, w tym brak odpowiedniego sprzętu i aparatury medycznej; 7) niedobór w niektórych regionach CUD. Powyższe dane wskazują na potrzebę utrzymywania sprawnego i efektywnie działającego systemu udzielania pomocy medycznej na miejscu zdarzenia. Konieczne jest zapewnienie odpowiedniego działania systemu nie tylko przez kształcenie kadr medycznych, lecz również przez zagwarantowanie odpowiedniej infrastruktury ratownictwa medycznego i specjalistycznego sprzętu, który umożliwia szybkie i skuteczne udzielanie pomocy w stanach nagłego zagrożenia zdrowia i życia. W celu realizacji działań w ramach Programu minister właściwy do spraw zdrowia wprowadzi mechanizm finansowy umożliwiający wsparcie ze środków Programu podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w drodze procedury konkursowej określonej w ustawie z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym. Interwencja będzie ukierunkowana na inwestycje w infrastrukturę		
--	--	---	--	--

		podmiotów leczniczych wraz z wyposażeniem, w tym w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną najnowszej generacji. Wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych Działania będą ukierunkowane na podmioty lecznicze udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie geriatry i opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych. Planowane interwencje obejmują swym zakresem inwestycje w: 1) zwiększanie bazy łóżkowej na oddziałach geriatrycznych; 2) zwiększenie bazy łóżkowej opieki długoterminowej świadczonej stacjonarnie; 3) modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych przez inwestycje w prace remontowo-budowlane oraz doposażenie w sprzęt medyczny. Biorąc pod uwagę prognozowane zmiany w strukturze demograficznej, wzrost popytu na świadczenia zdrowotne dla osób starszych, coraz droższe technologie medyczne, przewidywany wzrost średniej długości życia, malejący współczynnik dzietności, zmiany modelu funkcjonowania rodziny – dedykowane wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych przyczyni się do poprawy opieki zdrowotnej w tym zakresie. W wyniku zrealizowania działań wspierających podmioty lecznicze w ramach opieki geriatrycznej i długoterminowej: 1) zostanie zwiększona baza łóżkowa w oddziałach geriatrycznych i baza łóżkowa w opiece długoterminowej, co wpłynie na zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, ich jakości oraz zapewnienie kompleksowości opieki; 2) zostanie zwiększona baza opieki stacjonarnej, co wpłynie na zmniejszenie czasu oczekiwania na świadczenie i w konsekwencji spowoduje obniżenie kosztów interwencji medycznych; 3) zostanie zmniejszona dysproporcja w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych blisko miejsca zamieszkania pacjenta – zniwelowane zostaną różnice w dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej między województwami, w następstwie wzrostu liczby łóżek; 4) system opieki zdrowotnej zostanie w większym stopniu dostosowany do zwiększającej się liczby starszych pacjentów i udzielania im kosztochłonnych, ciągłych świadczeń opieki długoterminowej i geriatrycznej; 5) nastąpi zmodernizowanie infrastruktury podmiotów leczniczych, a w efekcie zwiększenie stopnia jej dostosowania do aktualnych potrzeb i		
--	--	--	--	--

		wymogów, a także do potrzeb osób starszych i z niepełnosprawnościami; 6) zmodernizowana infrastruktura zwiększy bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta i wpłynie pozytywnie na efekty zastosowanego leczenia, a także umożliwi dalszy rozwój i specjalizację podmiotów leczniczych w kierunku kompleksowej, skoordynowanej opieki nad pacjentem; 7) inwestycje w infrastrukturę podmiotów leczniczych umożliwią sprawowanie opieki nad seniorami zgodnie ze standardami leczenia geriatrycznego, a także zostaną stworzone warunki do kształcenia ustawicznego i tworzenia nowych miejsc specjalizacyjnych i miejsc pracy dla przyszłych lekarzy geriatrów. Problem starzenia się społeczeństwa jest powiązany również z nasilającą się wielochorobowością i dużą liczbą pacjentów w wieku sędziwym 80+. Powyższe wskazuje na konieczność podchodzenia do pacjenta geriatrycznego kompleksowo, obejmując go opieką koordynowaną, co pozytywnie wpływa na efekty leczenia i generuje mniejsze koszty dla płatnika publicznego. Dlatego jest konieczne podejmowanie wielokierunkowych działań zmierzających do rozwoju zarówno stacjonarnych form leczenia w dedykowanych pacjentom geriatrycznym oddziałach, jak i zapewnienia różnych form opieki niestacjonarnej, dostępnej w pobliżu miejsca zamieszkania. W ramach oferowanego wsparcia planowane jest dofinansowanie m.in. procesów związanych z przekształcaniem obecnych łóżek szpitalnych w łóżka geriatryczne i łóżka opieki długoterminowej, modernizacji oraz doposażenia istniejących podmiotów leczniczych posiadających struktury opieki długoterminowej oraz geriatrii, a także tworzenia nowych miejsc ww. opieki. Wymiana łóżek szpitalnych Działania w tym obszarze będą skierowane do podmiotów leczniczych udzielających całodobowych, stacjonarnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie leczenia szpitalnego. Planowane interwencje obejmują swym zakresem inwestycje w wymianę zużytych i przestarzałych łóżek, tj. eksploatowanych co najmniej 12 lat. Planuje się zakup nowych łóżek szpitalnych, w tym łóżek intensywnej opieki medycznej, wraz z materacami, szafkami przyłóżkowymi oraz niezbędnym dodatkowym wyposażeniem. W wyniku zrealizowania działań wspierających wymianę łóżek		
--	--	--	--	--

		szpitalnych: 1) nastąpi poprawa jakości procesu hospitalizacji pacjenta oraz wzrost komfortu i bezpieczeństwa pacjentów; 2) zwiększy się higiena pracy, co zminimalizuje ryzyko występowania zakażeń szpitalnych; 3) usprawnione zostaną warunki pracy personelu medycznego, przy jednoczesnym zoptymalizowaniu wysiłku fizycznego; 4) zapewnione zostanie nowoczesne wyposażenie i nastąpi minimalizacja odsetka niesprawnych zasobów szpitala. Wsparcie infrastruktury ratownictwa medycznego Działania w tym obszarze skierowane będą na inwestycje w infrastrukturę podmiotów leczniczych, w skład których wchodzi: 1) jednostki systemu PRM: ZRM, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego oraz SOR; 2) jednostki współpracujące z systemem PRM: CU i CUD. Planowane interwencje obejmują swym zakresem inwestycje w: 1) zakup ambulansów wraz z wyposażeniem dla ZRM; 2) modernizację SOR wraz z wymianą sprzętu; 3) utworzenie na terenie województwa śląskiego nowych SOR lub przekształcanie istniejących struktur izb przyjęć w SOR; 4) budowę i dostosowanie lądowisk przyszpitalnych do obecnych wymagań; 5) modernizację i doposażenie w niezbędny sprzęt medyczny funkcjonujących obecnie centrów urazowych jak i planowanych do utworzenia w trakcie realizacji Programu; 6) zakup śmigłowców na potrzeby LPR, 7) modernizację i doposażenie baz LPR, 8) modernizację i doposażenie infrastruktury śmigłowcowej oraz zaplecza szkoleniowego lotniczych zespołów ratownictwa medycznego. W wyniku zrealizowania działań wspierających infrastrukturę ratownictwa medycznego: 1) nastąpi zwiększenie efektywności systemu ratownictwa medycznego, przez całodobowe diagnozowanie urazów dzięki dostępowi do zaawansowanej aparatury medycznej; 2) poprawi się jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej; 3) wypełnią się luki w dostępie do infrastruktury ratownictwa medycznego. Efektem dofinansowania w ramach Programu będzie zapewnienie		
--	--	--	--	--

			lepszego dostępu do usług medycznych, poprawa jakości i bezpieczeństwa świadczonych usług medycznych. Placówki zostaną wyposażone w niezbędny sprzęt i aparaturę medyczną oraz zmodernizowane i dostosowane do aktualnych wymogów i potrzeb, umożliwiając wszystkim jednakowy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej.		
14.02.2022	Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu	Konieczne jest dostosowanie przepisów wykonawczych określające tryb wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu do zmienionych przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”. Ponadto zachodzi potrzeba doprecyzowania regulacji dotyczących treści opinii konsultanta wojewódzkiego i konsultanta krajowego, w przypadku negatywnego zaopiniowania wniosku ze względu na możliwość przeprowadzenia leczenia lub badań diagnostycznych w kraju. Projektowane rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 marca 2021 r. w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz. U. poz. 644). Obecny projekt stanowi powtórzenie treści ww. rozporządzenia, z wyjątkiem następujących zmian: - dodanie Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, zwanego dalej „Zjednoczonym Królestwem”, we wszystkich przepisach odnoszących się do państw członkowskich Unii Europejskiej i EFTA, jak również w odpowiednich miejscach w załącznikach do rozporządzenia; - doprecyzowanie § 1, poprzez wymienienie w pkt 1 wszystkich wniosków składanych na podstawie rozporządzenia, ze wskazaniem podstawy prawnej dla poszczególnych wniosków; - doprecyzowanie regulacji dotyczących opinii konsultanta wojewódzkiego i konsultanta krajowego, poprzez wskazanie, że w przypadku negatywnego zaopiniowania wniosku ze względu na możliwość przeprowadzenia leczenia lub badań diagnostycznych w kraju konieczne jest zawarcie w opinii danych świadczeniodawców, którzy mogą przeprowadzić takie leczenie lub badania diagnostyczne w kraju oraz danych potwierdzających doświadczenie wskazanych świadczeniodawców w zakresie leczenia lub badań diagnostycznych	Konsultacje publiczne do 10 marca 2022 r.	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

			objętych wnioskiem wraz z określeniem ich skuteczności.		
10.02.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 stycznia 2022 r. w sprawie warunków zdrowotnych wymaganych od marynarzy do wykonywania pracy na statku morskim	Ustawa z dnia 11 września 2019 r. o pracy na statkach rybackich (Dz. U. poz. 2197) zmienia z dniem 14 listopada 2021 r. delegację ustawową określoną w art. 5 ust. 7 ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o pracy na morzu (Dz. U. z 2020 r. poz. 1353, z późn. zm.). W związku z powyższym zaistniała potrzeba zmiany istniejących przepisów wykonawczych regulujących sprawy wydawania międzynarodowych świadectw zdrowia dla marynarzy. Wobec powyższego dodano nowy załącznik, załącznik numer 6, który określa tryb rejestracji i wydawania świadectw zdrowia w systemie informacyjno-kontrolnym dla portów polskich. Proponuje się, aby uprawniony lekarz występował z wnioskiem do Dyrektora Urzędu Morskiego w Szczecinie o nadanie dostępu do systemu przez wypełnienie formularza zgłoszeniowego udostępnionego w systemie. Załącznik zawiera informacje co zawiera ww. formularz, ponadto wskazuje kto prowadzi listę uprawnionych lekarzy i co ona również zawiera. Ponadto załącznik wskazuje na uprawnienia lekarza w zakresie wydawania świadectw zdrowia w systemie informacyjno-kontrolnym dla portów polskich. Przepisy rozporządzenia w większości stanowią powtórzenie aktualnie obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 grudnia 2015 r. sprawie warunków zdrowotnych wymaganych od marynarzy do wykonywania pracy na statku morskim (Dz. U. poz. 2105). Niemniej jednak zmieniła się delegacja ustawowa, zatem w art. 5 w ust. 7 pkt 3 ustawy pracy na morzu dodano tryb rejestracji i wydawania świadectw w systemie informacyjno-kontrolnym dla portów polskich (PHICS).	Wejście w życie 10 lutego 2022 r.	<u>ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 28 stycznia 2022 r. w sprawie warunków zdrowotnych wymaganych od marynarzy do wykonywania pracy na statku morskim (dziennikustaw.gov.pl)</u>
09.02.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu substancji		Wejście w życie 18 lutego 2022 r.	<u>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych (dziennikustaw.gov.pl)</u>

		psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych			
09.02.2022	Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców	Wydanie nowego rozporządzenia wynika z konieczności dostosowania przepisów ww. rozporządzenia do obecnego zakresu regulacji w ustawie, wprowadzonego art. 4 pkt 26 ustawy z dnia 14 października 2021 r. o zmianie ustawy o transporcie drogowym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1997), zwanej dalej „ustawą zmieniającą”, w zakresie zmienionego upoważnienia ustawowego. Projektowane rozporządzenie zastąpi rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców (Dz. U. z 2020 r. poz. 2213). Ponadto przepisy projektowanego rozporządzenia w zakresie szczegółowych warunków badania lekarskiego wdrażają postanowienia dyrektywy nr 2006/126/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 20 grudnia 2006 r. w sprawie praw jazdy (przekształcenie) (Dz. Urz. UE L 403 z 30.12.2006, str. 18, z późn. zm.), które w porównaniu z dotychczasowym rozporządzeniem nie uległy zmianie. Zgodnie z art. 18 ustawy zmieniającej, dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami, zwanej dalej „ustawą”, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie zmienionego upoważnienia, nie dłużej jednak niż przez okres 12 miesięcy od dnia wejścia w życie tej ustawy, czyli do dnia 5 sierpnia grudnia 2022 r., oraz mogą być zmieniane. Projekt rozporządzenia określa szczegółowe warunki i tryb przeprowadzania badania lekarskiego, zakres badań lekarskich, konsultacji u lekarzy specjalistów i pomocniczych badań diagnostycznych, jednostki uprawnione do przeprowadzania badań, o których mowa w art. 75 ust. 1 pkt 7 i 8 oraz w art. 79 ust. 4 i 5 ustawy, wzory stosowanych dokumentów oraz wzór pieczętki uprawnionego lekarza, dodatkowe kwalifikacje, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 3 lit. b ustawy, podmioty uprawnione do przeprowadzania szkoleń lekarzy w zakresie badań kierowców oraz ramowy program ich	Konsultacje publiczne do 8 marca 2022 r.	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

			szkolenia oraz wysokość opłaty za wpis do ewidencji, o którym mowa w art. 77 ust. 2 pkt 1 tej ustawy. W projekcie rozporządzenia zrezygnowano z określenia właściwości jednostek uprawnionych do przeprowadzenia badania, o których mowa w art. 75 ust. 1 pkt 3–5 ustawy, tj. badania: 1) osoby ubiegającej się o przywrócenie uprawnienia do kierowania pojazdem cofniętego ze względu na stan zdrowia; 2) kierującego motorowerem, pojazdem silnikowym lub tramwajem, jeżeli kierował pojazdem w stanie nietrzeźwości, w stanie po użyciu alkoholu lub środka działającego podobnie do alkoholu; 3) osoby posiadającej prawo jazdy lub pozwolenie na kierowanie tramwajem, jeżeli istnieją uzasadnione i poważne zastrzeżenia co do stanu jej zdrowia, będą się odbywać, jak dotychczas, w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy.		
09.02.2022	Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej zapewnianych przez platformę pierwszego kontaktu oraz centra medycznej pomocy doraźnej	Celem projektowanego rozporządzenia jest przetestowanie nowego modelu organizacji opieki w przypadku konieczności uzyskania świadczenia w związku z nagłym zachorowaniem lub nagłym pogorszeniem stanu zdrowia, nie będącym stanem nagłym, które wystąpiło po godzinach pracy podstawowej opieki zdrowotnej, tj. w godzinach od 18.00 do 8:00 dnia następnego w dni robocze oraz w dni wolne od pracy i święta. Nowy model organizacji opieki w przypadku konieczności uzyskania świadczenia w związku z nagłym zachorowaniem lub nagłym pogorszeniem stanu zdrowia zakłada funkcjonowanie i współdziałanie dwóch elementów: centralnej platformy pierwszego kontaktu, zwanej dalej „Platformą”, oraz centrów medycznej pomocy doraźnej, zwanych dalej „centrami”, przy czym zakłada się, że w pierwszej kolejności świadczeniobiorca będzie korzystał z telefonicznej konsultacji lub teleporady zapewnianej przez platformę, a dopiero w przypadku, gdy pomoc udzielona przez platformę jest niewystarczająca albo stan zdrowia świadczeniobiorcy wymaga osobistego kontaktu ze świadczeniodawcą – ze świadczeń centrum. Platforma jest to platforma administrowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w ramach której są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie określonym w art. 15 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w formie teleporady przez pielęgniarkę, położną oraz lekarza. Kanałem kontaktu z Platformą są: telefon kontaktowy nr 800 137 200 oraz formularz kontaktowy zamieszczony	Konsultacje publiczne do 15 lutego 2022 r.	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

		na stronie internetowej pod adresem gov.pl./dom. Następnie jest przeprowadzany wywiad ze świadczeniobiorcą w celu udzielenia w zależności od potrzeb w szczególności teleporady, skierowania do centrum lub powiadomieniu o konieczności skontaktowania się z nr 112. Działania w ramach platformy mają charakter ogólnopolski i są realizowane od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 dnia danego do godziny 8.00 dnia następnego. W konsekwencji w ww. zakresie czasowym każdy świadczeniobiorca korzystając z ww. kanałów komunikacji będzie mógł otrzymać nie tylko pomoc w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, nie będącego stanem nagłym, bez konieczności udania się do podmiotu leczniczego lub wezwania zespołu ratownictwa medycznego, lecz także otrzymać informację o wolnych terminach przyjęć w centrach. Centra są obowiązane do przekazywania informacji o wolnych terminach do Platformy przy wykorzystaniu platformy Domowej Opieki Medycznej (DOM). Aktualizacja danych w tym zakresie pozwoli na usprawnienie organizacji funkcjonowania programu pilotażowego oraz poprawi komfort opieki nad świadczeniobiorcą, który otrzyma wiarygodną informację o możliwym terminie przyjęcia w centrum. Dane z realizacji zadań Platformy wynikających z programu pilotażowego są przekazywane za pośrednictwem platformy DOM ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Następnie w związku z koniecznością dokonania ewaluacji programu pilotażowego są one przekazywane do Funduszu, w zakresie niezbędnym do dokonania tej ewaluacji. Realizując świadczenia w formie teleporady lekarz, pielęgniarka i położna korzystają z platformy DOM. Centra będą zapewniały nie tylko świadczenia z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej ale także wybrane świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, odpowiadające najczęściej zgłaszanym potrzebom zdrowotnym związanym z wystąpieniem nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia. W związku z ograniczonymi zasobami kadry medycznej oraz koniecznością uwzględnienia i nie dublowania zakresu świadczeń zabezpieczanych przez funkcjonujące na terenie danego powiatu szpitale, zakres świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zabezpieczanych przez poszczególne centra może się różnić. Pełen zakres świadczeń specjalistycznych centrum będzie obowiązane zapewnić tylko w		
--	--	---	--	--

			przypadku gdy na terenie danego powiatu nie ma szpitala, który udziela tych świadczeń. Przy określeniu wykazu świadczeń, które centrum powinno zapewniać wykorzystano dotychczasowe doświadczenia dotyczące najczęściej zgłaszanych potrzeb zdrowotnych związanych z wystąpieniem nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia. Centra będą zapewniały świadczenia od poniedziałku do piątku w godzinach między 18.00 a 24.00 oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 do 24.00. Z dotychczasowych doświadczeń wynika, że znacząca większość świadczeniobiorców zgłasza się do nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej do godz. 24.00. Po tej godzinie świadczeniobiorca będzie mógł nadal skorzystać ze świadczeń Platformy.		
04.02.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 15/2022/GPFPR EZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 3 lutego 2022 r. w sprawie Zespołu do spraw monitorowania prawidłowości postępowania w przypadkach podejrzenia lub zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2	Zespół do spraw monitorowania prawidłowości postępowania w przypadkach podejrzenia lub zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 został powołany zarządzeniem Nr 28/2020/GPF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 marca 2020 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw monitorowania prawidłowości postępowania w przypadkach podejrzenia lub zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 i nadal działa. Wydanie zarządzenia w sprawie Zespołu do spraw monitorowania prawidłowości postępowania w przypadkach podejrzenia lub zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 wynika z licznych zmian przedmiotowego zarządzenia i jego opracowanie (które wprowadza kolejne zmiany w składzie Zespołu) ma na celu ujednolicenie przepisów ww. zarządzenia oraz zwiększenie ich czytelności i przejrzystości, a tym samym ułatwienie interesariuszom ich stosowania. Wydanie niniejszego zarządzenia, stanowiącego podstawę do działania ww. Zespołu usprawni również organizację w realizowaniu zadań przez Zespół. Wprowadzenie niniejszego zarządzenia, stanowiącego podstawę do działania ww. Zespołu, wpisuje się w realizację celu strategicznego NFZ nr 6 – Optymalizacja procesów wewnętrznych i nr 8 – Poprawa efektywności funkcjonowania NFZ.	Wejście w życie 4 lutego 2022 r.	Akt prawny: Zarządzenie-15_2022_GPF - Baza Aktów Własnych (nfz.gov.pl)
04.02.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 14/2022/DSOZ PRZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z	Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 217/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 jest wykonaniem polecenia Ministra Zdrowia z 31 stycznia 2021 r., znak: DIWP.07.3.2022.KW. Wprowadzona niniejszym zarządzeniem zmiana ma na celu zapewnienie wsparcia i	Wejście w życie 4 lutego 2022 r.	Akt prawny: Zarządzenie-14_2022_DSOZ - Baza Aktów Własnych (nfz.gov.pl)

		dnia 3 lutego 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19	usprawnienie procesu leczenia zakażonych wirusem SARS-CoV-2, zakwalifikowanych do programu Domowej Opieki Medycznej (DOM). Wsparcie to polega na zachęceniu do włączenia i czynnego udziału poprzez regularny monitoring stanu zdrowia pacjentów biorących udział w programie (za pomocą danych uzyskiwanych są z pulsoksymetrów otrzymanych w ramach programu). W tym celu w niniejszym zarządzeniu utworzono nowy produkt rozliczeniowy: Kwalifikacja do programu Domowej Opieki Medycznej i monitorowanie aktywności pacjenta w programie o wartości 49,58 zł (wycena sporządzona przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji). Jego rozliczenie będzie możliwe w sytuacji, gdy pacjent przez co najmniej 5 z 7 następujących po sobie dni w okresie izolacji, co najmniej dwa razy dziennie dokona pomiaru za pośrednictwem pulsoksymetru otrzymanego w ramach programu DOM i wprowadzi dane do aplikacji DOM Doctor. Wartość produktu obejmuje również: rejestrację pacjenta w programie, instrukcję dotyczącą konieczności badania pulsoksymetrem przez kolejnych 7 dni, a także sprawdzanie każdego dnia aktywności w aplikacji i ewentualną rozmowę z pacjentem w celu przypomnienia o dokonaniu badania pulsoksymetrem. Program Domowej Opieki Medycznej ma na celu zdalne monitorowanie stanu zdrowia pacjentów. Program wykorzystuje pulsoksymetr jako narzędzie diagnostyczne i aplikację Domowa Opieka Medyczna do przekazywania i monitoringu danych pacjentów. Rosnąca liczba zakażonych koronawirusem przebywających aktualnie w izolacji domowej przekłada się na zwiększone zapotrzebowanie na opiekę medyczną. Zdalne monitorowanie stanu zdrowia chorych, którzy skorzystają z programu DOM pomoże zwiększyć ich bezpieczeństwo. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 lutego 2022 r.		
04.02.2022	Zarządzenie	Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia	Projekt zarządzenia zmieniającego zarządzenie Nr 7/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 stycznia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenia uzależnień, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego wynikającego z art. 146 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1285, z późn. zm.). Projekt zarządzenia ma na celu dostosowanie przepisów zarządzenia do noweli rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2021 r.	Konsultacje publiczne do 17 lutego 2022 r.	Projekty zarządzeń / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

		warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.	zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2021 r. poz. 2400), zwanej dalej "nowelą rozporządzenia", oraz wprowadzenie przepisów ogłoszonego przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji obwieszczenia z dnia 21 stycznia 2022 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży, zwanego dalej "obwieszczeniem", regulujących nowy sposób pokrywania kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień dedykowanych dzieci i młodzieży, o których mowa w załączniku 8 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285, z późn. zm.), zwanego dalej "rozporządzeniem". Do treści przepisów § 2 ust. 1 pkt 3, pkt 6 i 10, § 5 ust. 1, § 11 ust. 1, § 12 pkt 3 i 5, § 14 ust. 2, § 18 ust. 1 pkt 2, 4, 10, 13, 21, 24 i 40 oraz § 18 ust. 7 zarządzenia zmienianego, wprowadza się załącznik nr 1a Katalog zakresów świadczeń określonych w załączniku nr 8 do rozporządzenia. Obwieszczeniem Prezesa Agencji wprowadzono nowy sposób finansowania świadczeń w zakresie I poziomu referencyjnego, tj. zespołu środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży, zwanego dalej "zespołem - I poziom referencyjny", oraz ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny, zwanego dalej "ośrodkiem - I poziom referencyjny", polegający na opłacaniu w formie ryczałtu miesięcznego, 1/3 godzin pracy personelu, w ramach których realizowane są konsylia, sesje koordynacji oraz superwizje, oraz pokryciu kosztów infrastruktury i obsługi poradni oraz dojazdów do świadczeniobiorcy. Pozostały czas pracy personelu przeznacza na realizację świadczeń gwarantowanych jednostkowych, określonych w załączniku nr 8 do rozporządzenia, które Fundusz finansuje odrębnie za każde udzielone świadczenie, za pomocą wagi punktowej oraz ceny jednostkowej. W celu umożliwienia rozliczenia świadczeń w powyższy sposób, w zakresach I poziomu referencyjnego, tj. zespołu oraz ośrodka, do załącznika nr 1a w kolumnie 4 i 5 wprowadzono produkt skojarzony, który umożliwi świadczeniodawcy wystawienie stosownego rachunku obejmującego ryczałt miesięczny oraz rozliczenie produktów rozliczeniowych. Do uregulowanego w § 2 ust. 1 słowniczka wprowadzono definicję		
--	--	--	---	--	--

		konsylium (pkt 3a), centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży - poradnia zdrowia psychicznego - II poziom referencyjny (pkt 16a), sesji koordynacji (pkt 16b) oraz zespołu środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjnym (pkt 22). Jednocześnie w zakresach definicji określonych w § 2 ust. 1 pkt 7, 8 oraz 16 zmieniono adresy odwołań do przepisów rozporządzenia. W związku ze zmianą w załączniku nr 8 do rozporządzenia, która polegała na dodaniu 2 zakresów, czyli utworzeniu 5 zakresów w miejsce 3, w definicjach, które były uregulowane dotychczas w zarządzeniu zmienianym, należało dostosować liczbę porządkową do obowiązujących w załączniku do rozporządzenia. W § 2 ust. 1 pkt 15 uregulowano nowe brzmienie ryczałtu miesięcznego, natomiast w pkt 13 i 19 zmieniono jedynie adresy promulgacyjne. W przepisie § 18 ust. 1 pkt 4 zarządzenia zmienianego uregulowano nowy sposób rozliczania ryczałtu miesięcznego, polegający na dodaniu produktu skojarzonego. Przy tym jednocześnie zmieniono § 18 ust. 1 pkt 4a, w którym określono sposób sprawozdawania w ramach ww. ryczałtu, udziału w konsyliach oraz superwizjach, a także sesje koordynacji podejmowane na rzecz świadczeniobiorców. Jednocześnie ze względu na fakt, że w ramach ryczałtu miesięcznego przekazywane są środki finansowe na utrzymanie infrastruktury poradni oraz jej obsługi, reguluje się sposób użytkowania tych pomieszczeń. Przepis § 18 ust. 1 pkt 5 i 6 określa personel jaki winien zawierać załącznik nr 2 do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w przypadku zakresów I poziomu referencyjnego, tj. zespołu oraz ośrodka, o których mowa w lp. 1 i 2 załącznika nr 8 do rozporządzenia. Dodano przepis § 18 ust. 1 pkt 41, w którym wskazano liczbę świadczeń finansowaną przez Funduszu w zakresie I poziomu referencyjnego, tj. zespołu i ośrodka. W kolejnym przepisie, tj. pkt 42 uregulowano sposób ich sumowania do rozliczenia w miesiącu, biorąc pod uwagę czas ich trwania oraz liczbę personelu zaangażowanego w ich udzielanie. W pkt 43 wskazuje się, że pozostałe godziny pracy personel przeznacza na udział w konsyliach i superwizjach, oraz na sesje koordynacji. W przepisie § 18 ust. 1 pkt 44 zarządzenia zmienianego reguluje się sposób dokumentowania porady psychologicznej trwającej od 80 do 100 minut, w sytuacji przeprowadzenia testów diagnostycznych,		
--	--	---	--	--

		natomiast w pkt 45 - sposób sprawozdawania świadczenia w przypadku zrealizowania go przez dwie osoby. Zmiana wprowadzona w § 18 ust. 4 dotyczy poszerzenia zakresu świadczeń jednostkowych, dla których powstaje obowiązek odnotowania w dokumentacji medycznej godziny oraz minuty ich rozpoczęcia i zakończenia. Przedmiotowa zmiana wynika ze zmiany definicji świadczeń gwarantowanych określonych w załączniku nr 8 do rozporządzenia, dla których określony został czas ich trwania. Podobnej zmiany rozszerzającej zakres świadczeń dokonano w § 18 ust. 4a zarządzenia zmieniającego, gdzie dopisano świadczenie w zakresie: wizyta, porada domowa lub środowiskowa. Natomiast w ust. 4b § 18 - doprecyzowano, w ramach których świadczeń gwarantowanych jednostkowych określonych w załączniku nr 1a do zarządzenia, należy sprawozdać wynik diagnozy psychologicznej. Ponadto, niniejszy projektem zarządzenia wprowadza się zmiany o charakterze porządkowych w zakresie: - § 12 pkt 3 - dodaje się zakresy ambulatoryjne określone w załączniku nr 8 do rozporządzenia i wymienione w załączniku nr 1a do zarządzenia, - § 12 pkt 4 - przepis uchyla się, ze względu na zawarcie zakresu ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny, w przepisie § 12 pkt 3, - § 12 pkt 6 - uchyla się ze względu na zmianę brzmienia świadczenia gwarantowanego w zakresie ośrodek wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej - III poziom referencyjny, - § 18 ust. 1 pkt 7 i 8 - z treści przepisu, usuwa się wyrazy "centrum - II poziom referencyjny oraz ośrodek - III poziom referencyjny", ze względu na fakt, że oddziały w ramach, których są udzielane świadczenia zostały określone w innych przepisach, - § 18 ust. 1 pkt 12a - przepis dostosowuje się do wymagań wprowadzonych nowelą rozporządzenia dotyczących liczby godzin udzielania świadczeń w oddziale dziennym psychiatrycznym rehabilitacyjnym dla dzieci i młodzieży, o którym mowa w załączniku nr 8 do rozporządzenia, - § 18 ust. 1 pkt 15a - przepis uchyla się, ze względu na zmianę finansowania I poziomu referencyjnego, w tym sesji rodzinnych, grupowych oraz sesji wsparcia psychospołecznego. Dotychczas w ramach ośrodka - I poziom referencyjny przedmiotowe świadczenia rozliczane były w ramach ryczałtu, gdzie należało sprawozdać		
--	--	--	--	--

			uczestników sesji zgodnie z liczbą określoną dla poszczególnych świadczeń, natomiast do ryczału wliczało się jedną sesję, niezależnie od liczby uczestników. Obecnie rozliczeniu podlega sesja przy założeniu obowiązku sprawozdania wszystkich uczestników sesji. W związku z tym wprowadza się jednostkowy produkt rozliczeniowy z wagą punktową dla pierwszego uczestnika sesji - zaś dla pozostałych uczestników, jednostkowy produkt sprawozdawczy z wagą punktową równą zero, - § 18 ust. 1 pkt 17 - wprowadza się zastrzeżenie, że przedmiotowy przepis nie dotyczy zakresów świadczeń określonych w załączniku nr 8 do rozporządzenia. Jednocześnie w § 18 ust. 1 pkt 17a reguluje się sposób rozliczania wizyt, porad domowych lub środowiskowych, ze względu na wprowadzenie do rozporządzenia różnych czasów ich trwania, w zależności czy jest ono realizowane w tym samym dniu w jednym miejscu dla pierwszego świadczeniobiorcy czy dla kolejnego, - § 18 ust. 1 pkt 35 - zmienia się sposób odwołania się do przepisów rozporządzenia. Zamiast wyliczenia zakresów z załącznika nr 8 do rozporządzenia, wprowadza się ogólne odwołanie do tych świadczeń, - § 18 ust. 1 pkt 39 - w treści przepisu zmienia się stosowne odwołanie do tego zakresu w załączniku do rozporządzenia. Do zarządzenia zmienianego wprowadza się przepis przejściowy (§ 19c), który uchyla stosowanie od 1 lutego 2022 r. zakresów świadczeń określonych w lp. 1-3 w załączniku nr 1 do zarządzenia. Załącznik nr 1a do zarządzenia, zgodnie z § 2, stosuje się do rozliczania świadczeń określonych w załączniku nr 8 do rozporządzenia, od dnia 1 lutego 2022 r. Zarządzenie, zgodnie z § 3, wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania. Wprowadzone zmiany wpisują się w kluczowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia cele określone w Strategii na lata 2019-2023, m.in. (cel 2) - Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.		
04.02.2022	Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu	ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 742) z uwzględnieniem zmian wprowadzonych: 1) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 czerwca 2018 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. poz. 1185);		Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (dziennikustaw.gov.pl)

		rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej	2) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. poz. 457).		
04.02.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2022 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie wykorzystania elektronicznych stetoskopów w ramach podstawowej opieki zdrowotnej przez świadczeniobiorców zakażonych wirusem SARS-CoV-2	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie wykorzystania elektronicznych stetoskopów w ramach podstawowej opieki zdrowotnej przez świadczeniobiorców zakażonych wirusem SARS-CoV-2, stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 48e ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.). Celem wprowadzanego programu pilotażowego w zakresie wykorzystania elektronicznych stetoskopów w ramach podstawowej opieki zdrowotnej przez świadczeniobiorców zakażonych wirusem SARS-CoV-2, zwanego dalej „programem pilotażowym”, jest ocena efektywności realizacji świadczeń opieki zdrowotnej z wykorzystaniem elektronicznych stetoskopów jako narzędzia umożliwiającego ocenę zmian osłuchowych w układzie oddechowym pacjentów z ryzykiem ciężkiego przebiegu choroby COVID-19, u których zdiagnozowano jedną z następujących chorób: chorobę nowotworową, wrodzone lub nabyte zaburzenia odporności, przewlekłą chorobę układu oddechowego, wielochorobowość (co najmniej dwie choroby przewlekłe) oraz otyłość. Program pilotażowy będzie realizowany w trzech etapach, na które składać się będą: etap organizacji (w trakcie którego minister właściwy do spraw zdrowia dokona zakupu urządzeń, przeprowadzi akcję promocyjną dotyczącą ich wykorzystania oraz podpisze umowy z realizatorami programu pilotażowego), etap realizacji (w trakcie którego wybrani realizatorzy programu pilotażowego będą wykonywać świadczenia opieki zdrowotnej przy wykorzystaniu elektronicznych stetoskopów) oraz etap ewaluacji programu pilotażowego (który obejmie ocenę działań objętych programem pilotażowym). Program pilotażowy stanowi jeden z elementów opieki przedszpitalnej nad pacjentami z chorobą COVID-19, tak istotnej z punktu widzenia	Wejście w życie 4 lutego 2022 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2022 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie wykorzystania elektronicznych stetoskopów w ramach podstawowej opieki zdrowotnej przez świadczeniobiorców zakażonych wirusem SARS-CoV-2 (dziennikustaw.gov.pl)

		szybkiego rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 wariant Omikron, który nakłada się na obecną falę zakażeń wywołanych wirusem SARS-CoV-2 wariant Delta. Mając na względzie niezwykle szybki przyrostu liczby zakażeń nowym wariantem wirusa istnieje bardzo duże ryzyko maksymalnego obciążenia systemu ochrony zdrowia, zwłaszcza w szpitalach. Dlatego w ramach programu pilotażowego przygotowano zostało rozwiązanie, które wzmocni opiekę przedszpitalną nad pacjentami w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, u których zdiagnozowano zakażenie wirusem SARS-CoV-2 i zapewni im opiekę z wykorzystaniem narzędzi telemedycznych we wczesnym stadium choroby. W ramach programu pilotażowego elektroniczne stetoskopy będą wykorzystywane jako narzędzia umożliwiające ocenę zmian osłuchowych w układzie oddechowym pacjentów z ryzykiem ciężkiego przebiegu zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Lekarz odsłuchujący zapis badania pacjenta, jest w stanie stwierdzić rozpoczynające się nawet na wczesnym etapie stany zapalne lub inne patologie dróg oddechowych. Ma to ogromne znaczenie w pandemii COVID-19. Wczesna profilaktyka, poprzez wykrycie fenomenów osłuchowych, może zapobiec progresji zmian, a tym samym spowodować adekwatną reakcję lekarza. Wcześniejsze podanie odpowiednich leków lub zalecenie zgłoszenia się do placówki medycznej w celu dokonania oceny radiologicznej klatki piersiowej może uratować zdrowie lub życie pacjenta. Należyta staranność konieczna do realizacji tych świadczeń zapewniona zostanie przez stałą konsultację lekarską za pomocą porady lub teleporady, w trakcie korzystania ze stetoskopu. Istotną częścią programu jest, aby pacjenci biorący udział w programie pilotażowym, przed przystąpieniem do niego zostali włączeni do programu Pulsocare. Założeniem programu Pulsocare jest wprowadzenie bieżącego monitoringu stanu zdrowia pacjentów pozostających w izolacji domowej. Pulsoksymetr w prosty sposób sprawdza funkcjonowanie płuc. Pacjentom wykorzystującym pulsoksymetr w ramach programu Pulsocare zapewniony zostanie stały monitoring parametrów życiowych, prowadzony przez Centrum Kontaktu Domowej Opieki Medycznej powołane przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Równoległe korzystanie przez pacjentów z obu urządzeń stanowi kompleksowe podejście do monitorowania ich stanu, a to gwarantuje najwyższą jakość i zwiększa bezpieczeństwo badanych pacjentów, co jest szczególnie istotne w grupach zagrożonych szybką progresją stanu		
--	--	---	--	--

			zapalnego w okresie pandemii. Realizacja świadczeń z wykorzystaniem elektronicznych stetoskopów równolegle z pulsoksymetrem oraz przy wykorzystaniu możliwości funkcjonalnych platformy DOM ogranicza ryzyko gwałtownego pogorszenia się stanu klinicznego pacjenta.		
03.02.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego	W rozporządzeniu dodaje się świadczenia gwarantowane: - leczenie chirurgiczne z zastosowaniem systemu robotowego; - leczenie chirurgiczne raka gruczołu krokowego z zastosowaniem systemu robotowego	Wejście w życie 1 kwietnia 2022 r.	ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 25 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (dziennikustaw.gov.pl)
02.02.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 13/2022/DSOZP REZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 28 stycznia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19	Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 217/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 jest wykonaniem polecenia Ministra Zdrowia z 26 stycznia 2021 r., znak: DLU.736.24.2022.KM, zmienionego poleceniem z 27 stycznia 2022 r., znak: DLU.736.26.2022.KM. Wprowadzona niniejszym zarządzeniem zmiana ma na celu zwiększenie dostępności do diagnostyki SARS-CoV-2 poprzez wprowadzenie możliwości wykonania testów antygenowych w medycznych laboratoriach diagnostycznych i mobilnych punktach pobrań. W aktualnej sytuacji epidemicznej niezbędne jest bowiem uruchomienie kolejnych punktów testowania antygenowego w celu zidentyfikowania przypadków z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2. Stosownie do powyższego dokonano modyfikacji załącznika nr 1 do zarządzenia (Wzór wykazu) oraz załącznika nr 2 do zarządzenia (Katalog produktów rozliczeniowych).	Wejście w życie 28 stycznia 2022 r.	Akt prawny: Zarządzenie-13 2022 DSOZ - Baza Aktów Własnych (nfz.gov.pl)

01.02.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 12/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 27 stycznia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19	Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 217/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 jest wykonaniem polecenia Ministra Zdrowia z 26 stycznia 2021 r., znak: DLU.736.24.2022.KM. Mając na względzie pogarszającą się sytuację epidemiczną, której rezultatem jest stale zwiększająca się liczba osób zakażonych wirusem SARS-CoV-2, co przekłada się na zwiększoną liczbę osób wymagających izolacji, zasadne jest zwiększenie liczby funkcjonujących dotychczas izolatoriów. Zmiana brzmienia przepisu § 3 ust. 13 dokonana w niniejszym zarządzeniu ma na celu umożliwienie bieżącego dostosowywania liczby utworzonych na terenie danego województwa izolatoriów do aktualnej sytuacji epidemicznej tak, aby zapewnić konieczną opiekę dla osób zakażonych wirusem SARSCoV-2. Kolejna wprowadzona niniejszym zarządzeniem zmiana ma na celu zwiększenie dostępności do diagnostyki SARS-CoV-2, poprzez wprowadzenie możliwości wykonania testów antygenowych w aptekach ogólnodostępnych. Potrzeba rozszerzenia działalności apteki o wykonywanie testów antygenowych przez farmaceutów podyktowana jest pojawieniem się wariantu koronawirusa Omikron, który wykazuje duży potencjał zakaźny. W takim przypadku pojawia się ryzyko szybkiego rozprzestrzeniania się epidemii i zwiększenia dynamiki zakażeń. W związku z powyższym, niezbędne jest uruchomienie kolejnych punktów testowania w celu zidentyfikowania przypadków z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2. W tym celu utworzono nowe produkty rozliczeniowe: 99.05.0009 Wykonanie testu antygenowego na obecność wirusa SARS-CoV-2 o wartości 35,83 (obejmuje koszty: pobrania materiału biologicznego, testu antygenowego i wykonania testu; finansowaniu podlegają tylko testy antygenowe, których wykonanie zostało zlecone w systemie CeZ; konieczność sprawozdania wyniku testu diagnostycznego) oraz 99.05.0010 Wykonanie testu antygenowego na obecność wirusa SARS-CoV-2 (bez kosztu testu) o wartości 23,24 zł (obejmuje koszty: pobrania materiału biologicznego i wykonania testu (bez kosztu testu); finansowaniu podlegają tylko testy antygenowe, których wykonanie zostało zlecone w systemie CeZ; konieczność sprawozdania wyniku testu diagnostycznego). Stosownie do powyższego dokonano modyfikacji załącznika nr 1 do zarządzenia (Wzór wykazu). Pozostałe	Wejście w życie 28 stycznia 2022 r.	Akt prawny: Zarządzenie-12_2022_DSOZ - Baza Aktów Własnych (nfz.gov.pl)
------------	-------------	--	--	-------------------------------------	---

			zmiany mają charakter porządkujący.		
01.02.2022	Zarządzenie	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 lutego 2022 r. w sprawie zakresu czynności Sekretarza Stanu i Podsekretarza Stanu oraz Dyrektora Generalnego w Ministerstwie Zdrowia	Ustala się zakres czynności Sekretarza Stanu i Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia dla wykonywania zadań należących do kompetencji Ministra Zdrowia, a także Dyrektora Generalnego Ministerstwa Zdrowia.	Wejście w życie 1 lutego 2022 r.	Zarządzenie z dnia 1 lutego 2022 r. (mz.gov.pl)
01.02.2022	Zarządzenie	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie powołania Zespołu do spraw wypracowania rozwiązań w zakresie farmacji klinicznej oraz działalności farmaceutów w podmiotach leczniczych wraz z wykazem badań diagnostycznych wykonywanych przez farmaceutów	W skład Zespołu do spraw wypracowania rozwiązań w zakresie farmacji klinicznej oraz działalności farmaceutów w podmiotach leczniczych wraz z wykazem badań diagnostycznych wykonywanych przez farmaceutów wchodzi Konsultant krajowy w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej oraz przedstawiciel Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych	Wejście w życie 1 lutego 2022 r.	Zarządzenie z dnia 31 stycznia 2022 r. (mz.gov.pl)
01.02.2022	Zarządzenie	Zarządzenie	Nadanie statusu Krajowemu Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.	Wejście w	Zarządzenie z dnia 28 stycznia 2022 r.

22	nie	Ministra Zdrowia z dnia 28 stycznia 2022 r. w sprawie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom	Traci moc zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2010 r. w sprawie Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 54 oraz z 2013 r. poz. 38)	życie 1 lutego 2022 r.	mz.gov.pl
01.02.2022	Zarządzenie	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 stycznia 2022 r. w sprawie ustanowienia Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032	Pełnomocnikiem Ministra Zdrowia do spraw Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 jest prof. dr hab. n. med. Tomasz Hryniewiecki. Do zadań Pełnomocnika należy: 1) ocena prowadzonych działań z zakresu chorób układu krążenia w Rzeczypospolitej Polskiej; 2) koordynacja przygotowania i wdrożenia Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032, zwanego dalej „Programem”; 3) monitorowanie efektów realizacji Programu, w tym realizacji Krajowej Sieci Kardiologicznej; 4) koordynacja przygotowania rocznych harmonogramów realizacji Programu uwzględniających podział środków finansowych pomiędzy poszczególne obszary i działania Programu; 5) koordynacja sprawozdawczości; 6) wykonywanie innych zadań zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.	Wejście w życie 28 stycznia 2022 r.	Zarządzenie z dnia 27 stycznia 2022 r. (mz.gov.pl)
01.02.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej	1) Taryfy, które były ustalone przed dniem 1 lipca 2021 r. przygotowywane były bez uwzględnienia zmian dotyczących współczynników korygujących oraz przed wejściem w życie regulacji obligujących do obniżania tych współczynników. Taryfy ustalone przed tą datą nie uwzględniają zatem w swojej strukturze mechanizmu obniżania współczynników korygujących. Wzrost kwoty zobowiązania spowodowany zaimplementowaniem wskazanych taryf nie powinien więc prowadzić do obniżenia współczynników korygujących. 2) Obecnie, zmniejszenie współczynników korygujących odnosi się do całości umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co powoduje, że kwoty wynikające z podniesienia wyceny świadczeń są w dużej mierze równoważone przez wzrost wynagrodzeń. 3) Ustalenie jednolitego postępowania w przypadku zmiany przez Prezesa Funduszu w trakcie realizacji umowy przedmiotu postępowania	Wejście w życie 7 lutego 2022 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (dziennikustaw.gov.pl)

			w sprawie zawarcia umowy lub zmiany warunków umowy wynikającej z zarządzenia Prezesa Funduszu określającego przedmiot oraz szczegółowe warunki zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, poprzez wskazanie, że w takiej sytuacji nowe warunki obowiązują od dnia wejścia tego zarządzenia w życie. Proponuje się: 1) doprecyzowanie w przepisie § 16 ust. 4f pkt 1 i 5 stosowania zasady obniżenia współczynnika korygującego w przypadku wzrostu taryfy świadczeń opieki zdrowotnej ustalonej po dniu 1 lipca 2021r. 2) skorygowanie mechanizmu obniżania współczynników korygujących w taki sposób, aby w przypadku świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), szpitalnych oddziałów ratunkowych i izb przyjęć, kwoty współczynników były pomniejszane proporcjonalnie do udziału danego rodzaju świadczeń lub ryczałtu PSZ w kwocie zobowiązania dla całej umowy. 3) Świadczeniodawca, który nie zgadza się na nowe warunki będzie mógł rozwiązać umowę z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia, pod warunkiem, że złoży oświadczenie o wypowiedzeniu w terminie tygodnia od dnia wejścia zarządzenia w życie. Zgodnie z treścią §2 projektowanego rozporządzenia zasada ta ma zastosowanie także do zarządzeń, których zmiany miały miejsce przed dniem wejścia w życie projektowanego rozporządzenia.		
01.02.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2021 r. w sprawie wykazu substancji czynnych wchodzących w skład produktów leczniczych, które mogą być dopuszczone do obrotu w placówkach	Rozporządzenie określa: 1) wykaz substancji czynnych wchodzących w skład produktów leczniczych, które mogą być dopuszczone do obrotu w placówkach obrotu poza aptecznego oraz punktach aptecznych, w podziale na wykazy tych produktów obowiązujące: a) punkty apteczne, b) placówki obrotu poza aptecznego: – sklepy zielarsko-medyczne, – sklepy specjalistyczne zaopatrzenia medycznego i sklepy ogólnodostępne; 2) kryteria klasyfikacji produktów leczniczych do wykazów o których mowa powyżej	Wejście w życie 10 lutego 2022 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2021 r. w sprawie wykazu substancji czynnych wchodzących w skład produktów leczniczych, które mogą być dopuszczone do obrotu w placówkach obrotu pozaaptecznego oraz punktach aptecznych, oraz kryteriów klasyfikacji tych produktów do poszczególnych wykazów (dziennikustaw.gov.pl)

		obrotu pozaaptecznego oraz punktach aptecznych, oraz kryteriów klasyfikacji tych produktów do poszczególnych wykazów			
01.02.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym	Konieczność zapewnienia dostępności miejsc w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym w Gostyninie, zwanym dalej „Ośrodkiem”, jest niezbędne dla umożliwienia wykonania orzeczeń sądowych o uznanie osoby za stwarzającą zagrożenie w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób. W wyniku zmian wprowadzonych w statucie Ośrodka może on posiadać oddziały zamiejscowe na obszarze swojego działania, dla których jest niezbędne wskazanie wymagań jakie muszą one spełniać, stosownie do rodzaju wykonywanej działalności, wraz ze wskazaniem warunków zabezpieczenia w celu zapobieżenia samowolnemu oddaleni się osób poza oddział zamiejscowy oraz przeciwdziałania zachowaniom zagrażającym życiu i zdrowiu ludzkiemu.	Wejście w życie 9 lutego 2022 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym (dziennikustaw.gov.pl)
01.02.2022	Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszu Zdrowia	Konieczność zapewnienia większej efektywności wykonywanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”, zadań w obszarze profilaktyki zdrowotnej oraz promocji. Projekt rozporządzenia zmienia strukturę organizacyjną: 1) centrali Funduszu przez: a) przekształcenie Biura Komunikacji Społecznej w Biuro Komunikacji Społecznej i Promocji, b) przekształcenie Departamentu Obsługi Klientów w Departament Obsługi Klientów i Profilaktyki, c) likwidację Biura Profilaktyki Zdrowotnej; 2) oddziałów wojewódzkich Funduszu przez: a) przekształcenie Zespołu Komunikacji Społecznej w Zespół Komunikacji Społecznej i Promocji, b) przekształcenie Wydziału Obsługi Klientów w Wydziału Obsługi Klientów i Profilaktyki, c) likwidację Zespołu Polityki Zdrowotnej.	Konsultacje publiczne do 15 lutego 2022 r.	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

01.02.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego	Projektowane rozporządzenie zmieniające rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 lutego 2021 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Dz. U. poz. 351, z późn. zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem”, jest wydawane na podstawie art. 34 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2021 r. poz. 2069, z późn. zm.). W projekcie rozporządzenia wprowadza się zmiany, których celem jest skrócenie izolacji w warunkach domowych w przypadku osób wykonujących zawód medyczny, żołnierzy i pracowników Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej lub żołnierzy i personel cywilny wojsk sojusznicznych, funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Służby Ochrony Państwa, oraz okresu odbywania obowiązkowej kwarantanny dla tej grupy osób, a także skrócenie okresu wykonywania testów antygenowych, które skutkują zwolnieniem ww. osób z obowiązkowej kwarantanny. W projekcie rozporządzenia wprowadza się zmiany, których celem jest: 1) zmiana zasady odbywania izolacji w warunkach domowych w przypadku żołnierzy i pracowników Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, żołnierzy wojsk obcych i ich personelu cywilnego, żołnierzy, funkcjonariuszy i pracowników Służby Kontrwywiadu Wojskowego i Służby Wywiadu Wojskowego, funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Służby Ochrony Państwa, polegająca na skróceniu tej izolacji do 7 dni od daty uzyskania pierwszego dodatniego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 oraz wprowadzenia możliwości odbycia tej izolacji w okresie nie krótszym niż 5 dni w przypadku uzyskania negatywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 (którego wynik musi być przekazany do systemu EWP); 2) skrócenie okresu odbywania obowiązkowej kwarantanny dla osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej osobom chorym na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2, osób będących żołnierzami lub pracownikami Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, żołnierzami wojsk obcych lub ich personelem cywilnym, żołnierzami, funkcjonariuszami lub pracownikami Służby Kontrwywiadu Wojskowego lub Służby Wywiadu Wojskowego, funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej oraz Służby Ochrony Państwa, a także skrócenie okresu wykonywania testów	Wejście w życie 2 lutego 2022 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (dziennikustaw.gov.pl)
------------	----------------	--	--	----------------------------------	---

			antygenowych, które skutkują zwolnieniem ww. osób z obowiązkowej kwarantanny. Skrócenie powyższych terminów stanowi konsekwencję wprowadzonych już zmian w zakresie skrócenia okresu kwarantanny dla ogółu osób, co było poprzedzone analizą obserwowanych zmian przebiegu klinicznego zakażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz przebiegiem wywołanej nim choroby COVID-19. W rozporządzeniu nowelizującym przewidziano przepis przejściowy, który sankcjonuje zachowanie przepisów dotychczasowych do osób, które w dniu wejścia w życie rozporządzenia podlegają obowiązkowej kwarantannie albo obowiązkowej izolacji.		
01.02.2022	Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie nadania statusu uzdrowiska sołectwom Złockie, Szczawnik oraz Jastrzębik, położonym na obszarze gminy Muszyna	Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1301), zwanej dalej „ustawą uzdrowiskową”, działalność uzdrowiskowa może być prowadzona na terenie obszaru, który uzyskał status uzdrowiska. Obszar ten powinien spełniać warunki określone w art. 34 ust. 1 ustawy uzdrowiskowej, tj.: posiadać złoża naturalnych surowców leczniczych o potwierdzonych właściwościach leczniczych, posiadać klimat o właściwościach leczniczych, powinny znajdować się na nim zakłady lecznictwa uzdrowiskowego i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego, przygotowane do prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego, powinien spełniać wymagania określone w przepisach o ochronie środowiska w stosunku do środowiska, powinien posiadać infrastrukturę techniczną w zakresie gospodarki wodno-ściekowej, energetycznej, w zakresie transportu zbiorowego, a także prowadzić gospodarkę odpadami. Burmistrz Miasta i Gminy Uzdrowiskowej Muszyna wystąpił do Ministra Zdrowia z prośbą o nadanie statusu odrębnego uzdrowiska sołectwom Złockie, Szczawnik oraz Jastrzębik, położonym na obszarze gminy Muszyna, które aktualnie znajdują się granicach uzdrowiska Muszyna. Składając w dniu 1 października 2018 r. operat uzdrowiskowy dla obszaru Złockie, Burmistrz Miasta i Gminy Uzdrowiskowej Muszyna wyodrębnił z granic uzdrowiska Muszyna przedmiotowy obszar, w konsekwencji umożliwiając wydanie niniejszego rozporządzenia. Minister Zdrowia, po analizie złożonego w dniu 1 grudnia 2008 r. operatu uzdrowiskowego, na podstawie art. 40 ust. 2 ustawy uzdrowiskowej uznał, mocą decyzji nr MZ-OZU-520-16486-3/GR/09 z dnia 1 lipca 2009 r., że miejscowość Złockie spełnia warunki zawarte w	Konsultacje publiczne do 25 lutego 2022 r.	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

			art. 34 ust. 1 ustawy uzdrowiskowej, konieczne do potwierdzenia możliwości prowadzenia leczenia uzdrowiskowego, a tym samym, że warunki środowiskowe, występujące naturalne surowce, klimat oraz zlokalizowane zakłady leczenia uzdrowiskowego i urządzenia leczenia uzdrowiskowego gwarantują możliwość prowadzenia leczenia uzdrowiskowego w uzdrowisku Złockie. Powyższe znajduje odzwierciedlenie w aktualnych danych, przekazanych przez Burmistrza Miasta i Gminy Uzdrowiskowej Muszyna w operacie z dnia 1 października 2018 r. Zatem, zgodnie z art. 42 ust. 2 ustawy uzdrowiskowej istnieją przesłanki uzasadniające wydanie przedmiotowego rozporządzenia Rady Ministrów.		
27.01.2022	Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie przeprowadzania okresowych badań lekarskich strażaka ratownika Ochotniczej Straży Pożarnej oraz badań lekarskich kandydata na strażaka Ochotniczej Straży Pożarnej	Konieczność opracowania niniejszego rozporządzenia jest związana z wejściem w życie ustawy z dnia 17 grudnia 2021 r. o ochotniczych strażach pożarnych, która uchyliła rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 listopada 2009 r. w sprawie przeprowadzania okresowych bezpłatnych badań lekarskich członka ochotniczej straży pożarnej biorącego bezpośredni udział w działaniach ratowniczych (Dz. U. poz. 1627). Projekt rozporządzenia określa tryb, sposób, częstotliwość oraz zakres przeprowadzania okresowych badań lekarskich strażaka ratownika Ochotniczej Straży Pożarnej (OSP) stwierdzających brak przeciwwskazań do udziału w działaniach ratowniczych, jak również badań lekarskich kandydata na strażaka ratownika OSP stwierdzających brak przeciwwskazań do udziału w szkoleniu podstawowym przygotowującym do bezpośredniego udziału w działaniach ratowniczych w wieku 16-18 lat, dopuszczonych do szkolenia podstawowego. W projekcie rozporządzenia doprecyzowano względem poprzednich regulacji zakres badań w rozbiciu na wiek strażaków ratowników OSP, w związku z dopuszczeniem do szkoleń kandydatów na strażaków ratowników OSP w wieku 16–18 lat. W efekcie jest przewidywany znaczny wzrost zainteresowania młodzieży obszarów wiejskich przynależnością do ochotniczych straży pożarnych oraz poprawą poziomu przygotowania tych stowarzyszeń do udziału w działaniach ratowniczych. Doprecyzowano zakres badań lekarskich, który z uwagi na profesjonalizację strażaków ratowników OSP, a także dysponowanie ich do samodzielnych działań ratowniczych wpłynie na poprawę bezpieczeństwa samych strażaków ratowników OSP. Rozporządzenie wpisuje się wciąż działań zrównujących poziomem uprawnień do	Konsultacje publiczne do 1 lutego 2022 r.	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

27.01.2022	Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie diagnostycznych poziomów referencyjnych	funkcjonariuszy Państwowej Straży Pożarnej. Projekt rozporządzenia w sprawie diagnostycznych poziomów referencyjnych stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 33g ust. 3 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 13 czerwca 2019 r. o zmianie ustawy – Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. poz. 1593 oraz z 2020 r. poz. 284). Zgodnie z tym upoważnieniem minister właściwy do spraw zdrowia określi diagnostyczne poziomy referencyjne, mając na względzie konieczność zapewnienia ich aktualności oraz bezpieczeństwo pacjentów poddawanych medycznym procedurom radiologicznym. Diagnostyczne poziomy referencyjne zostały zdefiniowane w znowelizowanej ustawie z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (art. 3 pkt 6a) jako „poziom dawki w rentgenodiagnostyce i w radiologii zabiegowej lub, w przypadku produktów radiofarmaceutycznych, poziom aktywności tych produktów w odniesieniu do typowych badań diagnostycznych i zabiegów, którym poddawani są pacjenci o standardowej budowie ciała lub które przeprowadzane są na standardowych fantomach w odniesieniu do szeroko określonych kategorii sprzętu”. Konieczność określenia diagnostycznych poziomów referencyjnych w prawie krajowym wynika bezpośrednio z art. 56 ust. 2 wdrażanej dyrektywy 2013/59/Euratom ustanawiającej podstawowe normy bezpieczeństwa w celu ochrony przed zagrożeniami wynikającymi z narażenia na działanie promieniowania jonizującego oraz uchylającej dyrektywy 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom i 2003/122/Euratom (Dz. Urz. UE L 13 z 17.01.2014, z późn. zm.). Nowelizacja ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe, w ślad za wymaganiami ww. dyrektywy 2013/59/EURATOM, nałożyła na jednostki ochrony zdrowia obowiązek stosowania – podczas realizacji procedur szczegółowych – diagnostycznych poziomów referencyjnych dla badań rentgenodiagnostycznych, badań diagnostycznych z zakresu medycyny nuklearnej oraz z zakresu radiologii zabiegowej. Realizację obowiązku ustanowienia diagnostycznych poziomów referencyjnych w prawie krajowym proponuje się dokonać poprzez ich określenie na poziomie aktu wykonawczego do ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe, przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Jednocześnie ustawodawca zapewnił obowiązek dokonywania regularnych (nie rzadziej niż co 5 lat) przeglądów diagnostycznych	Konsultacje publiczne do 24 lutego 2022 r.	dokument540915.pdf (legislacja.gov.pl)
------------	----------------	---	---	--	--

			poziomów referencyjnych przez wskazaną instytucję podległą temu ministrowi (Krajowe Centrum Ochrony Radiologicznej w Ochronie Zdrowia). Jednostka ta będzie sprawozdawać ministrowi właściwemu do spraw zdrowia ustalone na podstawie przeglądu wyniki. W konsekwencji dokonanego przeglądu minister odpowiedzialny za publikację diagnostycznych poziomów referencyjnych uzyska dane o ich aktualności (także z punktu widzenia dostępnych europejskich zaleceń w tym zakresie). W przypadku potrzeby aktualizacji wykazu diagnostycznych poziomów referencyjnych, minister właściwy do spraw zdrowia będzie mógł wydać nowe lub dokonać zmiany rozporządzenia obejmujące przedmiotowy wykaz zgodnie z wytycznymi określonymi w art. 33g ust. 3 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe.		
27.01.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki	Projekt rozporządzenia doprecyzowuje wymagania stawiane podmiotom prowadzącym apteki oraz aktualizuje je w sposób zapewniający zgodność projektowanych regulacji z obowiązującymi przepisami rangi ustawowej. Wprowadzone zmiany pozwolą na dostosowanie wymogów określonych w rozporządzeniu do regulacji zawartych w innych aktach prawnych oraz aktualnych realiów związanych z prowadzeniem apteki, w szczególności sposobu prowadzenia, weryfikacji oraz zabezpieczenia dokumentacji aptecznej prowadzonej w systemie elektronicznym, co pozwoli na ograniczenie prowadzenia tej dokumentacji w wersji papierowej. Regulacje zawarte w nowym rozporządzeniu pozwolą na zwiększenie nadzoru nad jakością surowców farmaceutycznych, produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych przechowywanych w aptece przez objęcie warunków ich przechowywania całodobowym nadzorem, jak również wprowadzenie obowiązku okresowego kierowania do badań leków recepturowych, leków aptecznych oraz produktów leczniczych homeopatycznych sporządzanych w aptekach oraz sprzętu niezbędnego do ich sporządzenia, co będzie miało wpływ na polepszenie jakości oraz zwiększenie bezpieczeństwa stosowanych przez pacjentów tych leków oraz produktów. W celu zapewnienia odpowiedniej jakości leków przewidziano, że apteki będą obowiązane do całodobowego monitorowania temperatury i wilgotności pomieszczeń, w których sporządza się leki recepturowe i apteczne oraz produkty lecznicze homeopatyczne oraz w pomieszczeniach i urządzeniach chłodniczych służących do przechowywania produktów leczniczych, surowców farmaceutycznych	Konsultacje publiczne do 24 lutego 2022 r.	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

			i wyrobów medycznych. Przyjęte rozwiązania mają również zapewnić lepszy nadzór nad sporządzanymi przez apteki lekami. Kształtując przepisy projektowanego rozporządzenia kierowano się rozwiązaniami stosowanymi w przypadku produktów leczniczych wprowadzonych do obrotu przez wytwórców. Przewidziano wykorzystanie laboratoriów kontroli jakości leków działających przy wojewódzkich inspektoratach farmaceutycznych, do kontroli urządzeń używanych do sporządzania leków recepturowych, leków aptecznych i produktów leczniczych homeopatycznych, w celu zapewnienia odpowiedniej jakości tych leków i produktów. Zaktualizowano wymogi dotyczące prowadzenia dokumentacji aptecznej, w oparciu o aktualne regulacje, jak również określono sposób archiwizowania danych, w szczególności prowadzonych w systemie elektronicznym. W celu weryfikacji osób dokonujących czynności fachowych uregulowano sposób dostępu i potwierdzania tożsamości pracownika fachowego wydającego lub przyjmującego lek. Przewidziano obowiązek zabezpieczania dostępu do konta po opuszczeniu stanowiska pracy przez pracownika oraz określono sposób przechowywania i zabezpieczenia danych w systemie elektronicznym. Rozszerzono zakres prowadzonej dokumentacji aptecznej o dokumenty dotyczące nieodpłatnego nabywania, zbywania lub przesunięć międzymagazynowych produktów leczniczych, ewidencję warunków sporządzania oraz przechowywania produktów leczniczych. Czynności wykonywane przy przyjmowaniu do apteki produktów leczniczych rozszerzono o obowiązek kontroli warunków, w jakich odbywał się transport oraz obowiązek weryfikacji autentyczności produktu zgodnie z rozporządzeniem delegowanym Komisji (UE) 2016/161 z dnia 2 października 2015 r. uzupełniającego dyrektywę 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady przez określenie szczegółowych zasad dotyczących zabezpieczeń umieszczanych na opakowaniach produktów leczniczych stosowanych u ludzi (Dz. Urz. UE L 32 z 09.02.2016, str. 1).		
27.01.2022	Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie Ministra Zdrowia w	Ze względu na nie ukończenie prac projektowych nad oprogramowaniem Rządowego Centrum Bezpieczeństwa, zwanego dalej „RCB”, zachodzi konieczność nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2021 r. w sprawie zakresu informacji gromadzonych w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia oraz sposobu i terminów przekazywania tych informacji (Dz. U. poz. 614),	Skierowanie aktu do ogłoszenia	dokument540823.docx (live.com)

		sprawie zakresu informacji gromadzonych w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia oraz sposobu i terminów przekazywania tych informacji	zwanego dalej „rozporządzeniem”. Przedmiotowa nowelizacja dokonuje przesunięcia terminu z dnia 1 stycznia 2022 r. na dzień 1 lipca 2022 r., od którego usługodawcy będący podmiotami leczniczymi wykonującymi działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom z podejrzeniem o zakażenie i potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, będą obowiązywani do raportowania do RCB danych dotyczących: 1) pacjentów z podejrzeniem o zakażenie i potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (takich jak: wiek, płeć, numer w wykazie głównym przyjęć i wypisów, stan pacjenta według modyfikowanej skali wczesnego ostrzegania (skali MEWS), prowadzona tlenoterapia); 2) liczby łóżek i ich wykorzystania. Konsekwencją powyższych zmian jest także konieczność zmiany terminu, do którego usługodawcy byli obowiązani przekazywać dane dotyczące liczby łóżek i ich wykorzystania, w postaci elektronicznej jednostce podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia. Projekt rozporządzenia wydłuża termin wskazany w § 7 ust. 2 rozporządzenia z dnia 31 grudnia 2021 r. na dzień 30 czerwca 2022 r. Projekt rozporządzenia przedłuża termin, w którym przekazywanie danych do Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia, będzie następować na aktualnie obowiązujących zasadach. Zastosowanie przepisów z mocą wsteczną pozwoli na wyeliminowanie sytuacji, w której od dnia 31 grudnia 2021 r. przekazywanie przez usługodawców informacji na temat liczby łóżek i ich wykorzystania jednostce podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, następować będzie bez umocowania w obowiązujących przepisach prawa.		
25.01.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 11/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 25 stycznia 2022 r. zmieniające zarządzenie w	W zarządzeniu Nr 217/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, załącznik nr 2 do zarządzenia otrzymuje nowe brzmienie	Wejście w życie 26 stycznia 2022 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

		sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19			
25.01.2022	Obwieszczenie	Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 17 listopada 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodzie fizjoterapeuty	ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2021 r. poz. 553), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych ustawą z dnia 24 czerwca 2021 r. o zmianie ustawy o Agencji Badań Medycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1559) oraz zmian wynikających z przepisów ogłoszonych przed dniem 17 listopada 2021 r.		Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 17 listopada 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodzie fizjoterapeuty (dziennikustaw.gov.pl)
25.01.2022	Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 24 listopada 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie badań psychologicznych	ogłasza się w jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2014 r. w sprawie badań psychologicznych osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami, kierowców oraz osób wykonujących pracę na stanowisku kierowcy (Dz. U. poz. 937), z uwzględnieniem zmiany wprowadzonej rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 lipca 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie badań psychologicznych osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami, kierowców oraz osób wykonujących pracę na stanowisku kierowcy (Dz. U. poz. 1294).		OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 24 listopada 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie badań psychologicznych osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami, kierowców oraz osób wykonujących pracę na stanowisku kierowcy (dziennikustaw.gov.pl)

		h osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami, kierowców oraz osób wykonujących pracę na stanowisku kierowcy			
25.01.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2	Ze względu na przewidywany znaczny wzrost zakażeń nowym wariantem wirusa SARS-CoV-2 istnieje konieczność zwiększenia poziomu zabezpieczenia opieki przedszpitalnej populacji pacjentów powyżej 60. roku życia zakażonym lub podejrzanym o zakażenie, u których ze względu na częstość występowania chorób współistniejących przebieg zakażenia może mieć niekorzystny przebieg. Proponuje się w odniesieniu do pacjentów powyżej 60. roku życia, skierowanych do odbycia izolacji w warunkach domowych, aby lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 października 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (Dz. U. z 2020 r. poz. 1749, z późn. zm.), nie później niż w ciągu 48 godzin odbywania tej izolacji udzielał pacjentowi porady, podczas której na podstawie badania fizykalnego dokonywał oceny stanu zdrowia pacjenta. W przypadku gdy termin upływa w dniu uznanym ustawowo za wolny od pracy lub w sobotę, porada odbywa się następnego dnia, który nie jest dniem wolnym od pracy ani sobotą. Badanie fizykalne pacjenta w zależności od stanu klinicznego może odbyć się w poradni podstawowej opieki zdrowotnej albo podczas wizyty domowej w miejscu pobytu pacjenta. Proponowane rozwiązanie przyczyni się do wzmocnienia opieki przedszpitalnej nad pacjentem zakażonym lub podejrzanym o zakażenie wirusem SARS-CoV-2. Ponadto doprecyzowano przepisy załącznika do rozporządzenia, zgodnie z obowiązującym stanem prawnym. Z uwagi na fakt, iż przepisy art. 10 ust. 2 pkt 1 lit. b oraz art. 11 ust. 1, 2 i 4 utraciły moc na podstawie art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych	Wejście w życie 26 stycznia 2022 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (dziennikustaw.gov.pl)

			rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 2095, z późn. zm.), dokonano stosownej zmiany w części II w ust. 1 w pkt 2 oraz w części III w ust. 4. Ponadto w części III projektowanego rozporządzenia wprowadzono zmianę w ust. 2, wskazując, iż w przypadku pacjenta, który nie jest w stanie samodzielnie przemieszczać się lub którego stan zdrowia to uzasadnia, lekarz w podmiocie leczniczym określonym w wykazie sporządzonym i prowadzonym na podstawie polecenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanego na podstawie art. 11h ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych w ramach czynności, o których mowa w ust. 1, zleca jego transport, odpowiednio do miejsca izolacji albo izolacji w warunkach domowych albo szpitala, co również wynika ze zmiany stanu prawnego w tym zakresie.		
25.01.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego	Projekt rozporządzenia zmienia rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 lutego 2021 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Dz. U. poz. 351, z późn. zm.), zwane dalej „rozporządzeniem”, wydawane na podstawie art. 34 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. W projekcie rozporządzenia wprowadza się zmiany, których celem jest skrócenie okresu odbywania obowiązkowej kwarantanny. Uwarunkowane jest to obserwowanymi zmianami przebiegu klinicznego zakażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz przebiegiem wywołanej nim choroby COVID-19. Zasadność tej decyzji potwierdzają również zmiany wprowadzane w innych państwach rozwiniętych, takich jak Francja, Lichtenstein, Luksemburg i Portugalia, gdzie długość kwarantanny wynosi 7 dni. W projekcie rozporządzenia wprowadza się zmiany, których celem jest skrócenie okresu odbywania obowiązkowej kwarantanny dla osób narażonych na zakażenie wirusem SARS-CoV-2. Skrócenie okresów obowiązkowej kwarantanny zostało poprzedzone analizą obserwowanych zmian przebiegu klinicznego zakażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz przebiegiem wywołanej nim choroby COVID-19.	Wejście w życie 26 stycznia 2022 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (dziennikustaw.gov.pl)

			W odniesieniu do osób, u których nie wystąpiły objawy choroby COVID-19, oraz osób, które miały styczność ze źródłem zakażenia kwarantanna będzie kończyła się po 7 dniach (obecnie po 10 dniach), licząc od dnia następującego po ostatnim dniu odpowiednio narażenia albo styczności. Jednocześnie skrócono z 10 do 7 dni okres, o którym mowa w § 7 ust. 5 rozporządzenia, dotyczący obowiązkowej kwarantanny osoby skierowanej do diagnostyki laboratoryjnej w kierunku wirusa SARS-CoV-2.		
25.01.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 stycznia 2022 r. w sprawie wykazu badań diagnostycznych, które mogą być wykonywane przez farmaceutę	Potrzeba wydania przedmiotowego rozporządzenia podyktowana jest pojawieniem się w ostatnim czasie problemu zagrażającego społeczeństwu, jakim jest wariant koronawirusa Omikron, który wykazuje duży potencjał zakaźny. Jego pojawienie się powoduje ryzyko szybkiego rozprzestrzeniania się epidemii i zwiększenia dynamiki zakażeń. W związku z powyższym niezbędne jest uruchomienie kolejnych punktów testowania w celu zidentyfikowania przypadków z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 oraz podjęcia odpowiednich środków zapobiegawczych i kontrolnych. Należy w tym miejscu nadmienić, że w Sejmie RP procedowany jest obecnie poselski projekt ustawy o szczególnych rozwiązaniach zapewniających możliwość prowadzenia działalności gospodarczej w czasie epidemii COVID-19 (druk sejmowy nr 1846), który zakłada wprowadzenie możliwości weryfikacji w miejscach pracy, na żądanie pracodawcy, od pracownika informacji o negatywnym wyniku testu na koronawirusa, które mają być finansowane ze środków publicznych. Niezależnie od kwestii wprowadzenia możliwości przeprowadzania w aptekach ogólnodostępnych (gdyż to one de facto będą adresatami projektowanych zmian) testów przeciw COVID-19, projekt sanuje stan niewykonania upoważnienia ustawowego zawartego w art. 4 ust. 7 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty. Tym samym określa się wykaz badań diagnostycznych immanentnie związanych ze świadczeniem przez farmaceutów w aptekach ogólnodostępnych opieki farmaceutycznej. Immanentną częścią różnych elementów tej opieki, takich jak indywidualnego planu opieki farmaceutycznej czy przeglądów lekowych jest uzyskanie możliwie najszerszego spektrum wiedzy o problemach zdrowotnych pacjenta poddanego takiej opiece, w tym postrzeganych przez niego subiektywnie, jak i przez sprawującego nad nim opiekę farmaceutę. W wielu przypadkach ustalenie ewentualnych źródeł problemów lekowych pacjenta powinno odbywać się m.in. w efekcie uprzedniej możliwości wykonania określonych	Wejście w życie 27 stycznia 2022 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 stycznia 2022 r. w sprawie wykazu badań diagnostycznych, które mogą być wykonywane przez farmaceutę (dziennikustaw.gov.pl)

			podstawowych badań diagnostycznych pozwalających farmaceucie uzyskać szersze spektrum wiedzy o swoim pacjencie, spojrzeć na problemy lekowe tego pacjenta w innym świetle, niż gdyby farmaceuta był pozbawiony istotnego kontekstu jaki stanowi wiedza o problemach pacjenta natury stricte medycznej. Farmaceuta posiadać bardziej kompleksową wiedzę o powyższych zagadnieniach, jeżeli będzie mógł ją pozyskać na podstawie badań, które sam przeprowadzi. W oparciu o tak komplementarną wiedzę, niewątpliwie będzie mógł przeprowadzić proces racjonalizacji farmakoterapii w sposób bardziej skuteczny, niż gdyby opisanych wyżej możliwości był pozbawiony. Wobec powyższego niezbędne jest pilne utworzenie nowych punktów do diagnostyki w kierunku SARS-CoV-2. Apteka ogólnodostępna, jako placówka ochrony zdrowia, powinna zostać włączona w system wykrywania zakażeń, z czym wiąże się pilna potrzeba tworzenia nowych punktów do diagnostyki w kierunku SARS-CoV-2. Apteka ogólnodostępna, jako placówka ochrony zdrowia, powinna zostać włączona w system wykrywania zakażeń. Rozszerzenie usług farmaceutycznych poprzez umożliwienie farmaceutom przeprowadzania wymienionych badań diagnostycznych w aptekach ogólnodostępnych jest uzasadnione, gdyż pandemia COVID-19 jednoznacznie potwierdziła wysokie kompetencje zawodowe farmaceutów oraz umiejętność szybkiej reorganizacji pracy aptek w sytuacji wymagającej szybkiego i skutecznego działania na rzecz pacjentów. Niezależnie od kwestii związanych z COVID-19, projektodawca rekomenduje ukonstytuowanie formalnej możliwości przeprowadzania przez farmaceutów badań diagnostycznych w aptekach ogólnodostępnych, poprzez dokonanie ich enumeratywnego wyliczenia. Pozwoli to z jednej strony wyeliminować stan formalnego braku wykonania upoważnienia ustawowego, jak również – od strony merytorycznej – pozwoli w lepszym stopniu sprawować opiekę farmaceutyczną nad pacjentem, w różnych jej przejawach i formach.		
24.01.2022	Ustawa	Poselski projekt ustawy zmieniającej ustawę o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób	Dotyczy przedłużenia o kolejne 6 miesięcy, tj. do dnia 31 grudnia 2022 r. okresu obowiązywania aktualnych wykazów świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PZS)	skierowany do opinii Biuro Legislacji; skierowany do opinii Biuro Analiz Sejmowych	9-020-783-2022.pdf (sejm.gov.pl)

		zakaźnych u ludzi oraz ustawę o zmianie ustawy - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz niektórych innych ustaw			
24.01.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE Nr 8/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 21.01.2022 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”	Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach” oraz art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. z 2020 r. poz. 1329). Przedmiotowa regulacja dotychczas określona była w zarządzeniu Nr 178/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, które z dniem wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia utraci moc obowiązującą (§ 16). Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem dotyczą załącznika nr 1b do zarządzenia, stanowiącego Katalog produktów dodatkowych do sumowania w KOC II/III, któremu nadano nowe brzmienie. Zmiany w ww. załączniku, polegają na dostosowaniu jego treści do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2021 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2022 r. (Dz. U. poz. 1353). Zgodnie z wynikami analizy wysokości kosztów ponoszonych przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi w związku z pobieraniem krwi i jej składników oraz preparatyką, przechowywaniem	Wejście w życie 22 stycznia 2022 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

		i ich wydawaniem, w odniesieniu do uzyskiwanych przychodów z tego tytułu, uległy zmianie wartości dwóch produktów rozliczeniowych (5.10.99.0000160 Przetoczenie ubogoleukocytarnego koncentratu krwinek płytkowych z aferezy – 1000 zł oraz 5.10.99.0000168 Filtrowanie jednostki krwi lub jej składników – 77 zł). Ponadto, zgodnie z § 8 ust. 2 ww. rozporządzenia utworzono produkt rozliczeniowy: 5.10.99.0000174 Osocze świeżo mrożone pobrane metodą aferezy o wartości 45 zł. Zmiana, wynikająca z ww. rozporządzenia podyktowana jest koniecznością doprecyzowania i usunięcia wątpliwości interpretacyjnych związanych z podziałem donacji. Z uwagi na fakt, że wprowadzenie powyższych modyfikacji wiązałoby się z wydaniem kolejnego zarządzenia zmieniającego, dla zwiększenia czytelności i przejrzystości przepisów regulujących zawieranie i realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, niniejszą regulacją wprowadza się nowe zarządzenie. W niniejszym zarządzeniu zaktualizowano także odwołania do obowiązujących aktów prawnych oraz wprowadzono inne zmiany o charakterze porządkowym. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2022 r. Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem, były zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.), poddane konsultacjom zewnętrznym na okres 14 dni, wraz z projektem zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne. W ramach konsultacji projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach. Podczas konsultacji nie zgłoszono uwag do ww. zmian.		
--	--	--	--	--

			Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.		
24.01.2022	Zarządzenie	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 stycznia 2022 r. w sprawie powołania Rady Społecznej Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym	Powołanie Rady Społecznej Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym, przedstawicielem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych - Elżbieta Pleczyńska.	Wejście w życie 24 stycznia 2022 r.	Zarządzenie z dnia 21 stycznia 2022 r. (mz.gov.pl)
24.01.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 21 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii	Projekt ma na celu ograniczenie ryzyka związanego z wystąpieniem epidemii wywołanej nowym koronawirusem SARS-CoV-2. W projekcie przewiduje się modyfikację przepisów dotyczących wykonywania w urzędach administracji publicznej lub jednostkach organizacyjnych zadań o charakterze publicznym. Zadania te mają być realizowane w trybie pracy zdalnej, na zasadach określonych przepisami art. 3 ust. 3-8 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 2095, z późn. zm.). Wyjątki od powyższej zasady będą stanowiły sytuacje, w których realizacja określonych zadań jest niezbędna do zapewnienia pomocy obywatelom lub ze względu na przepisy prawa lub potrzeby urzędu lub jednostki, a ich realizacja nie jest możliwa w ramach pracy zdalnej. Powyższe ma zapewnić zmniejszenie liczby kontaktów między pracownikami urzędów administracji publicznej lub jednostek organizacyjnych realizujących zadania o charakterze publicznym, jak również kontaktów ww. osób z interesariuszami zewnętrznymi. W konsekwencji wprowadzenia tych rozwiązań ma zostać zmniejszone ryzyko powstawania tzw. ognisk zakażeń wirusem SARS-CoV-2, co ma zapobiegać występowaniu oraz potencjalnie przerywać łańcuch zakażeń tym wirusem w ww. miejscach. Przedmiotowa ingerencja normatywna jest uzasadniona bardzo dużym tempem wzrostu dobowej liczby osób, w odniesieniu do których jest potwierdzane zakażenie wirusem SARS-	Wejście w życie z dniem 24 stycznia 2022 r., z wyjątkiem § 1 pkt 1, który wchodzi w życie z dniem 27 stycznia 2022 r.	Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 21 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (dziennikustaw.gov.pl)

			CoV-2 (w dniu 18 stycznia 2022 r. potwierdzono zakażenie u 30 586 osób).		
24.01.2022	Ustawa	Projekt ustawy o niektórych zawodach medycznych	Celem projektu ustawy o niektórych zawodach medycznych jest uregulowanie warunków i zasad wykonywania zawodów medycznych, które dotychczas nie były objęte regulacjami ustawowymi, ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień dotyczących doskonalenia zawodowego osób wykonujących zawód medyczny oraz odpowiedzialności zawodowej tych osób. Projektowane regulacje nie dotyczą zawodów medycznych, których zadania i obowiązki zawodowe zostały uregulowane w innych ustawowych przepisach dotyczących tych zawodów, takich jak: zawód lekarza, lekarza dentysty, diagnosty laboratoryjnego, pielęgniarki, położnej, ratownika medycznego, farmaceuty oraz fizjoterapeuty. Projekt ustawy zawiera regulacje odnoszące się do następujących zawodów: 1) asystentka stomatologiczna; 2) dietetyk; 3) elektroradiolog; 4) higienistka stomatologiczna; 5) logopeda; 6) masażysta; 7) opiekun medyczny; 8) optometrysta; 9) ortoptystka; 10) podiatra; 11) protetyk słuchu; 12) technik dentystyczny; 13) technik farmaceutyczny; 14) technik ortopeda; 15) technik sterylizacji medycznej; 16) terapeuta zajęciowy. Projekt ustawy jest podstawą do określenia m.in.: 1) zadań zawodowych, do wykonywania których są uprawnione osoby wykonujące zawód medyczny; 2) wymagań kwalifikacyjnych niezbędnych do wykonywania zawodu medycznego; 3) efektów uczenia się właściwych dla danego zawodu medycznego, które muszą być realizowane w ramach kształcenia zawodowego, biorąc pod uwagę konieczność odpowiedniego przygotowania	Konsultacje publiczne do 21 lutego 2022 r.	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

		absolwentów do wykonywania zawodu medycznego; 4) kodeksu etyki i deontologii medycznej dla osób wykonujących zawód medyczny. Projekt ustawy reguluje zagadnienie związane z rejestrem osób uprawnionych do wykonywania zawodu medycznego, który będzie prowadzony w systemie teleinformatycznym, a którego właścicielem i administratorem będzie Centrum e-Zdrowia. Natomiast administratorem danych gromadzonych w tym rejestrze jest minister właściwy do spraw zdrowia. Kwestia dotycząca wpisu do tego rejestru, zmiany danych objętych rejestrem, odmowy wpisu do rejestru oraz skreślenie z rejestru będzie należała do kompetencji wojewody, właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby wykonującej dany zawód medyczny. Zgodnie z projektem ustawy, osoba wykonująca zawód medyczny, po spełnieniu ustawowych warunków podlega wpisowi do rejestru osób uprawnionych do wykonywania zawodu medycznego. Takie uregulowanie pozwoli na monitorowanie osób posiadających uprawnienia do wykonywania zawodu medycznego, w szczególności pozwoli na uzyskanie zarówno informacji o aktualnej liczbie osób wykonujących zawód medyczny, sposobie wykonywania tego zawodu, jak również będzie źródłem informacji o potrzebach kadrowych w tych zawodach w poszczególnych rejonach kraju. Projekt ustawy reguluje również kwestie związane z ustawicznym rozwojem zawodowym w ramach kształcenia podyplomowego (szkolenie specjalizacyjne i kursy kwalifikacyjne) oraz doskonalenia zawodowego. Zgodnie z projektem ustawy, osoba wykonująca zawód medyczny będzie miała obowiązek uczestnictwa w różnych rodzajach i formach doskonalenia zawodowego przez samokształcenie oraz udział w kursach doskonalących realizowanych: 1) metodą wykładów, seminariów, warsztatów oraz ćwiczeń; 2) za pośrednictwem sieci internetowej z ograniczonym dostępem, zakończonych testem. Zakres doskonalenia zawodowego obejmuje wiedzę i umiejętności niezbędne do realizacji zadań zawodowych przez osobę wykonującą zawód medyczny. Za udział osoby wykonującej zawód medyczny w poszczególnych formach doskonalenia zawodowego i kształcenia podyplomowego przysługują punkty edukacyjne. Ponadto, projekt ustawy wprowadza regulacje, które umożliwiają		
--	--	--	--	--

		osobie wykonującej zawód medyczny legitymującej się dorobkiem naukowym i posiadającej ukończony kurs lub szkolenie z zakresu obejmującego tematykę kursu kwalifikacyjnego, uznanie tego dorobku za równoważny ze zrealizowaniem programu kursu kwalifikacyjnego. Zgodnie z przepisami projektu ustawy, minister właściwy do spraw zdrowia będzie mógł na wniosek osoby wykonującej zawód medyczny, w drodze decyzji administracyjnej, uznać lub odmówić uznania dorobku za równoważny ze zrealizowaniem programu kursu kwalifikacyjnego, na podstawie opinii sporządzonej przez dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, zwanego dalej „CMKP”. Wnioski o uznanie dorobku, osoby zainteresowane składają do CMKP, które sprawdza pod względem formalnym wniosek i przekazuje do zaopiniowania powołanemu zespołowi ekspertów. Projekt ustawy określa również działania kontrolne w ramach kształcenia zawodowego osób wykonujących dany zawód medyczny, celem zapewniania odpowiedniej jakości tego kształcenia. Kontrola realizacji kursów kwalifikacyjnych i doskonalących będzie prowadzona przez zespół kontrolny, powoływany przez dyrektora CMKP. Jednocześnie projekt ustawy wprowadza regulacje dotyczące skorzystania przez osobę wykonującą zawód medyczny z 6 dni płatnego urlopu szkoleniowego, który będzie mógł być wykorzystany na realizację ustawicznego rozwoju zawodowego przez osobę wykonującą zawód medyczny. Zgodnie z projektowaną regulacją osobie wykonującej zawód medyczny, podnoszącej kwalifikacje zawodowe w ramach ustawicznego rozwoju zawodowego, przysługuje, na jej wniosek i za zgodą pracodawcy, urlop szkoleniowy w wymiarze do 6 dni roboczych rocznie, płatny według zasad obowiązujących przy obliczaniu wynagrodzenia za urlop wypoczynkowy. W związku z tym, że przepisy ustawy nakładają na osoby wykonujące zawód medyczny prawo i obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego, bardzo ważne jest zapewnienie osobom, które zamierzają wziąć udział w określonych ustawowo formach podnoszenia kwalifikacji zawodowych, urlopu szkoleniowego, aby nie musiały wykorzystywać własnego urlopu wypoczynkowego w powyższym celu. Projekt ustawy reguluje kwestie odnoszące się do odpowiedzialności zawodowej osób wykonujących zawód medyczny. Osoby wykonujące zawód medyczny podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki zawodowej i deontologii zawodowej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu medycznego.		
--	--	--	--	--

			Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej osoby wykonującej zawód medyczny obejmuje: 1) czynności sprawdzające; 2) postępowanie wyjaśniające; 3) postępowanie przed Komisją Odpowiedzialności Zawodowej. Komisja Odpowiedzialności Zawodowej, składa się z 36 członków, powoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na 4-letnią kadencję, po 2 przedstawicieli każdego zawodu oraz czterech przedstawicieli ministra właściwego do spraw zdrowia. Projekt ustawy wprowadza mechanizmy zapewniające dostęp do wykonywania zawodu medycznego tylko profesjonalistom w danym zawodzie medycznym, którzy posiadają określone przepisami prawa kwalifikacje zawodowe. W związku z tym, regulacje zawarte w projekcie ustawy będą stanowiły gwarancję zatrudniania w systemie ochrony zdrowia wysoko wykwalifikowanej i kompetentnej kadry medycznej, fachowo i rzetelnie udzielającej świadczeń opieki zdrowotnej.		
21.01.2022	Rozporządzenie	Projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie leczenia uzdrowiskowego osób zatrudnionych przy produkcji wyrobów zawierających azbest	1) brak aktualizacji i dostosowania wzorów: skierowania na leczenie uzdrowiskowe osób uprawnionych do leczenia uzdrowiskowego oraz zbiorczego zestawienia kosztów związanych z leczeniem uzdrowiskowym uprawnionych osób, stanowiących załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2004 r. w sprawie leczenia uzdrowiskowego osób zatrudnionych przy produkcji wyrobów zawierających azbest (Dz. U. poz.1920, z późn. zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem”, do obowiązującego stanu prawnego oraz wiedzy medycznej; 2) stosowanie pieczęci i pieczęci w drukach ww. wzorów skierowań mimo wprowadzenia deregulacji takiego obowiązku; 3) używanie w druku wzoru skierowania na leczenie uzdrowiskowe osób uprawnionych danych opiekuna prawnego ubezpieczonego oraz możliwość wskazywania przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego proponowanego miejsca i rodzaju leczenia uzdrowiskowego, co nie ma rzeczywistego zastosowania w tej procedurze; 4) obligatoryjny obowiązek kierowania na RTG klatki piersiowej przy kwalifikacji osoby uprawnionej do leczenia uzdrowiskowego, bez uwzględniania wskazań medycznych; 5) brak transparentności druków ww. skierowań pod względem ich przejrzystości zawartych danych i spójności. projekt nowelizacji rozporządzenia wprowadza następujące zmiany:	Konsultacje społeczne do 20 lutego 2022 r.	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

		1) w § 3 ust. 2 rozporządzenia dokonano aktualizacji nazwy specjalizacji lekarskiej, przez wprowadzenie w miejsce pojęcia „lekarz specjalista w dziedzinie balneoklimatologii i medycyny fizykalnej” pojęcia „lekarz specjalista w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej”, zgodnie z obowiązującym wykazem specjalizacji lekarskich; 2) w załączniku nr 1 do rozporządzenia: a) usunięto w całym wzorze skierowania obowiązek umieszczania na druku pieczętek lekarzy odpowiednio: wystawiającego skierowanie na leczenie uzdrowiskowe (lekarza ubezpieczenia zdrowotnego) oraz lekarza specjalisty z dziedziny balneologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej (zatrudnionego we właściwej komórce organizacyjnej oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia) oceniającego celowość skierowania na leczenie uzdrowiskowe. Zniesienie obowiązku umieszczania w odpowiednich polach druku pieczętek bądź pieczęci spowodowane jest realizacją przyjętego przez Radę Ministrów dokumentu pt.: „Informacja dotycząca deregulacji obowiązku stosowania pieczęci/pieczętek przez obywateli i przedsiębiorców”; b) w części I wzoru skierowania, odnoszącego się do danych osoby uprawnionej w pozycji „Numer PESEL” wprowadzono zależność, zgodnie z którą w przypadku braku nadanego numeru PESEL należy podać numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, c) w części I wzoru skierowania usunięto pozycję dotyczącą danych opiekuna prawnego ubezpieczonego, bo opiekun prawny, kurator czy też opiekun osoby niepełnosprawnej skierowanej na leczenie uzdrowiskowe nie jest objęty systemem leczenia uzdrowiskowego – opiekun prawny czy też kurator nie jest bowiem opiekunem medycznym, więc jego pobyt w uzdrowisku z osobą uprawnioną do leczenia uzdrowiskowego będzie realizowany na zasadach komercyjnych, d) dokonano podziału zakresu danych zawartych w części I wzoru skierowania pt.: „WYWIAD”, przez wprowadzenie dwóch dodatkowych podtytułów, tj.: „BADANIE PRZEDMIOTOWE” oraz „AKTUALNE WYNIKI BADAŃ”, co uporządkowało zakres danych objętych tą częścią skierowania eliminując jednocześnie brak systematyki w tym obszarze, e) wprowadzono dwie nowe (dodatkowe) pozycje w tej części skierowania, zgodnie z którymi lekarz wystawiający skierowanie		
--	--	--	--	--

		(lekarz ubezpieczenia zdrowotnego) będzie wskazywał fakt przebycia przez osobę uprawnioną leczenia onkologicznego w ciągu 5 lat przed wystawieniem skierowania oraz przebyte przez ww. osobę leczenie uzdrowiskowe w ciągu ostatnich 3 lat, ze wskazaniem roku i nazwy uzdrowiska, co jest ściśle związane z procesem kwalifikacji osób uprawnionych na leczenie uzdrowiskowe – przeciwwskazania do leczenia uzdrowiskowego, którym jednym z nich jest czynna choroba nowotworowa, o czym stanowią przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2012 r. w sprawie sposobu kierowania i kwalifikowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. poz. 14), f) dokonano aktualizacji nazw przeprowadzonych badań bądź skorygowano o dodatkowe zakresy, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, g) przypadku RTG klatki piersiowej wprowadzono obowiązek jego wykonania jedynie w przypadku stwierdzenia przez lekarza zaistnienia wskazań medycznych, h) usunięto część II wzoru skierowania dotyczącą wskazania przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego proponowanego miejsca i rodzaju leczenia uzdrowiskowego z uwagi na fakt, że oceny celowości skierowania, w tym wskazanie miejsca i rodzaj leczenia uzdrowiskowego dokonuje de facto lekarz specjalista; 3) w załączniku nr 2 do rozporządzenia usunięto obowiązek umieszczania na druku pieczęci: osoby sporządzającej, dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia lub osoby upoważnionej, które przygotowują zbiorcze zestawienie kosztów związanych z leczeniem uzdrowiskowym osób uprawnionych, a także pieczęci ministra właściwego do spraw zdrowia lub osoby upoważnionej akceptujących zwrot z budżetu państwa wydatków w określonej kwocie, poniesionych przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w związku z uprawnieniem pracowników zakładów wymienionych w załączniku nr 4 do ustawy z dnia 19 czerwca 1997 r. o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest, zatrudnionych w tych zakładach w dniu 28 września 1997 r. lub przed tą datą, do korzystania raz w roku z leczenia uzdrowiskowego oraz zwolnienia z odpłatności związanej z leczeniem uzdrowiskowym, o której mowa w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dodatkowo załączniki nr 1 i 2 do rozporządzenia zmodyfikowano pod kątem redakcyjnym w celu		
--	--	---	--	--

			poprawy ich czytelności i ułatwienia stosowania przez osoby wypełniające druki.		
20.01.2022	Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Rady Ministrów zmieniającego rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii	Projekt ma na celu ograniczenie ryzyka związanego z wystąpieniem epidemii wywołanej nowym koronawirusem SARS-CoV-2. W projekcie przewiduje się modyfikację przepisów dotyczących wykonywania w urzędach administracji publicznej lub jednostkach organizacyjnych zadań o charakterze publicznym. Zadania te mają być realizowane w trybie pracy zdalnej, na zasadach określonych przepisami art. 3 ust. 3-8 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 2095, z późn. zm.). Wyjątki od powyższej zasady będą stanowić sytuacje, w których realizacja określonych zadań jest niezbędna do zapewnienia pomocy obywatelom lub ze względu na przepisy prawa lub potrzeby urzędu lub jednostki, a ich realizacja nie jest możliwa w ramach pracy zdalnej. Powyższe ma zapewnić zmniejszenie liczby kontaktów między pracownikami urzędów administracji publicznej lub jednostek organizacyjnych realizujących zadania o charakterze publicznym, jak również kontaktów ww. osób z interesariuszami zewnętrznymi. W konsekwencji wprowadzenia tych rozwiązań ma zostać zmniejszone ryzyko powstawania tzw. ognisk zakażeń wirusem SARS-CoV-2, co ma zapobiegać występowaniu oraz potencjalnie przerywać łańcuch zakażeń tym wirusem w ww. miejscach. Przedmiotowa ingerencja normatywna jest uzasadniona bardzo dużym tempem wzrostu dobowej liczby osób, w odniesieniu do których jest potwierdzane zakażenie wirusem SARS-CoV-2 (w dniu 18 stycznia 2022 r. potwierdzono zakażenie u 30 586 osób).	Planowany termin przyjęcia projektu przez RM - I kwartał 2022 r.	Projekt rozporządzenia Rady Ministrów zmieniającego rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii - Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów - BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (kprm.gov.pl)
19.01.2022	Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2021 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie wykorzystania elektronicznych spirometrów w	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie wykorzystania elektronicznych spirometrów w podstawowej opiece zdrowotnej i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 48e ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Celem wprowadzanego programu pilotażowego dotyczącego wykorzystania elektronicznych spirometrów w podstawowej opiece zdrowotnej i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, zwanego dalej „programem pilotażowym”, jest ocena efektywności realizacji świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej	Wejście w życie 19 stycznia 2022 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2021 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie wykorzystania elektronicznych spirometrów w podstawowej opiece zdrowotnej i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (dziennikustaw.gov.pl)

		podstawowej opiece zdrowotnej i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej	opieki specjalistycznej z wykorzystaniem elektronicznych spirometrów jako narzędzia umożliwiającego badanie czynnościowe układu oddechowego w sposób zdalny pacjenta po ukończeniu 18. roku życia i przebytym zakażeniu wirusem SARS-CoV-2, ze stwierdzonymi zaburzeniami poziomu saturacji i tętna, w celu wykrywania potencjalnych zaburzeń czynności płuc monitorowanego przez: 1) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej – w ramach podstawowej opieki zdrowotnej; 2) lekarza specjalistę w dziedzinie chorób płuc albo lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chorób płuc albo lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób płuc – w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Program pilotażowy będzie realizowany w trzech etapach, na które składać się będą: etap organizacji (w trakcie którego minister właściwy do spraw zdrowia dokona zakupu urządzeń, przeprowadzi akcję promocyjną dotyczącą ich wykorzystania oraz podpisze umowy z realizatorami programu pilotażowego), etap realizacji (w trakcie którego wybrani realizatorzy programu pilotażowego będą wykonywać świadczenia opieki zdrowotnej przy wykorzystaniu elektronicznych spirometrów) oraz etap ewaluacji programu pilotażowego (który obejmie ocenę działań objętych programem pilotażowym). Program pilotażowy przewiduje realizację wykonywanych za pomocą elektronicznych spirometrów świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Podmioty lecznicze będące realizatorami programu, otrzymają od ministra właściwego do spraw zdrowia elektroniczne spirometry, które następnie udostępnią wskazanym w projekcie świadczeniobiorcom, umożliwiając im tym samym zdalną diagnostykę. Zarówno jakość udzielanych w tym zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, satysfakcja świadczeniobiorców z przeprowadzanego badania, jak i wpływ tego rozwiązania na sposób funkcjonowania podmiotów leczniczych, będą w ramach ewaluacji programu pilotażowego oceniane na podstawie ankiet wypełnianych przez świadczeniobiorców i realizatorów programu pilotażowego, niezwłocznie po realizacji świadczenia opieki zdrowotnej z wykorzystaniem elektronicznego spirometru, zamieszczanych na platformie DOM. Realizacja tego programu będzie wymagała wdrożenia dodatkowych funkcjonalności w ramach platformy DOM umożliwiających realizację programu pilotażowego.		
--	--	---	--	--	--

			Realizatorzy programu pilotażowego zostaną wybrani w ramach naboru przeprowadzanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Biorąc pod uwagę otwarty charakter naboru, jak i objęcie programem nie mniej niż 1 000 świadczeniobiorców, przewiduje się możliwość wyboru ofert z terytorium całego kraju, przy uwzględnieniu czynników takich jak data wpływu oferty i deklaracja szacunkowej liczby świadczeniobiorców zgłoszonych przez realizatora do udziału w programie. Przyjęta minimalna liczba świadczeniobiorców objęta programem pilotażowym, jest podyktowana m.in. planowanym zakupem 1000 sztuk urządzeń przeznaczonych do realizacji pilotażu.		
19.01.2022	Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej	Konieczność wprowadzenia zmian w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1372, z późn. zm.), zwanym dalej „rozporządzeniem”, jest związana z wdrażaniem reformy opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży i wynika z wprowadzenia zmian w zakresie warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień objętych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2021 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 2400), zwanego dalej „rozporządzeniem koszykowym”. Zmiany zaproponowane w rozporządzeniu koszykowym mają na celu usunięcie nieścisłości, doprecyzowanie przepisów oraz uwzględnienie postulatów ekspertów współpracujących z Ministerstwem Zdrowia, jak również wprowadzenie zmian pozwalających na zaplanowanie kosztów realizacji poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Projekt rozporządzenia obejmuje zmiany kryteriów wyboru ofert zawartych w załączniku nr 4 do rozporządzenia. Zaproponowane modyfikacje dotyczą przede wszystkim przemodelowania kryteriów wyboru ofert w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych dzieciom i młodzieży na I, II oraz III poziomie referencyjnym. W konsekwencji doprecyzowania dotychczasowego brzmienia przepisów rozporządzenia koszykowego, na I oraz II poziomie referencyjnym utworzono dodatkowe przedmioty postępowania uwzględniające nowe zakresy świadczeń gwarantowanych. Dotychczas obowiązujące warunki oceniane we wskazanych poziomach wymagały wprowadzenia zmian w	Konsultacje społeczne do 27 stycznia 2022 r.	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

		szczegółności w kategorii „personel”, „pozostałe warunki” oraz „organizacja udzielania świadczeń”. Na każdym poziomie referencyjnym dodano w ramach monitorowania procesu udzielania świadczeń warunek: „Superwizja zespołu”. Do świadczeń realizowanych w poradni zdrowia psychicznego oraz na oddziałach dziennych psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dzieci i młodzieży realizowanych na II poziomie referencyjnym obniżono warunki premiujące w kategorii „personel”. Dodatkowo projekt rozporządzenia wprowadza aktualizację listy metod o udowodnionej naukowo skuteczności w oparciu o rekomendację ekspertów, poszerza i dostosowuje w kryteriach postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dzieciom i młodzieży zawartych w częściach: 2, 5, 8, 11, 16, 33 i 41 katalogu premiowanego personelu odpowiednio o: specjalistę w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży, osobę posiadającą decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia o uznaniu dorobku naukowego lub zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem programu szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, zgodnie z art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 1297), osobę w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży”. Premiowanie konkretnego personelu uzależniono od charakteru obowiązującego dotychczas kryterium, tj. kryterium jakościowego lub kryterium ilościowego. Projekt rozporządzenia proponuje także zmianę określenia „osoba prowadząca psychoterapię” na „osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty”, co wynika ze zmiany określenia definiowanego w rozporządzeniu koszykowym i jest podyktowane zgłaszanymi przez środowisko psychoterapeutów postulatami oraz potocznym rozumieniem definicji w poprzednim brzmieniu, które było błędnie interpretowane. Wejście w życie rozwiązań przewidzianych w projekcie pozwoli na zabezpieczenie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży oraz powinno przyczynić się do wyboru najlepszych ofert złożonych w toku postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, biorąc pod uwagę ich jakość, kompleksowość, dostępność oraz cenę. Przepis przejściowy określony w § 2 projektu rozporządzenia będzie		
--	--	--	--	--

			miał zastosowanie do postępowań wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie przedmiotowego rozporządzenia.		
19.01.2022	Ustawa	Projekt ustawy o krwiodawstwie i krwiolecznictwie	Podstawowymi problemami mającymi istotne znaczenie dla systemu ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem organizacji publicznej służby krwi, w zakresie regulacji odnoszącej się do krwiodawstwa i krwiolecznictwa jest: 1) brak jasnych zasad dotyczących zagospodarowania osocza, wykorzystywanego do produkcji krwiopochodnych produktów leczniczych, brak możliwości wytwarzania krwiopochodnych produktów leczniczych z osocza pobranego od rodzimych dawców (co zostało zasygnalizowane w 2015 r. w raporcie Najwyższej Izby Kontroli pt. Funkcjonowanie systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa Nr ew. 167/2014/P/13/166/LOP). Powyższe powoduje ograniczoną dostępność do krwiopochodnych produktów leczniczych dla pacjentów; 2) brak kompleksowego, wieloaspektowego i scentralizowanego nadzoru nad systemem publicznej służby krwi, który obecnie powierzony jest ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz dwóm jednostkom, które nadzorują wyodrębnione obszary systemu pod kątem organizacyjnym (Narodowe Centrum Krwi, zwane dalej „NCK”) i merytorycznym (Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, zwany dalej „Instytutem”). Uregulowanie organizacji publicznej służby krwi, określenie struktury całego systemu służby krwi oraz hierarchii i kompetencji poszczególnych jednostek wchodzących w jej skład, a przede wszystkim usankcjonowanie NCK jako jednostki właściwej do pełnienia roli koordynatora gospodarki osoczem jest niezbędne do prawidłowego i bezpiecznego dla pacjenta, ale również i dawcy krwi funkcjonowania służby krwi oraz roli koordynatora gospodarki produktami krwiopochodnymi. Ponadto w ww. obszarze wskazano na następujące problemy: 1) brak jednolitych zasad zwrotu kosztów dojazdu dla honorowych dawców krwi we wszystkich regionalnych centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Obecnie każde centrum rozlicza koszt dojazdu honorowego dawcy na podstawie wewnętrznych zarządzeń, ustalając własne zasady zwrotu; 2) niejasne uregulowania dotyczące uprawnień dawców krwi - trudności związane z usprawiedliwieniem nieobecności w pracy w dniu oddania krwi i jej składników przez dawców pracujących na zmiany, w szczególności w porze nocnej; 3) brak dostatecznej liczby średniego personelu medycznego mającego	Planowany termin przyjęcia projektu przez RM - I kwartał 2022 r.	Projekt ustawy o krwiodawstwie i krwiolecznictwie - Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów - BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (kprm.gov.pl)

		kwalifikacje do przetaczania krwi i jej składników; 4) brak możliwości wykonywania przetoczeń krwi i jej składników przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego oraz lotnicze zespoły transportu sanitarnego w trakcie transportu „międzyszpitalnego”, co skutkuje koniecznością przerwania przetoczenia na czas transportu, a w konsekwencji naraża zdrowie i życie pacjentów, będących w ciężkim albo bardzo ciężkim stanie. Rozwiązanie wskazanych powyżej problemów ma przede wszystkim na celu zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, kompleksowego uregulowania krwiodawstwa i krwiolecznictwa, ze szczególnym uwzględnieniem zapewnienia wieloaspektowego nadzoru i kontroli przez jasny podział kompetencji podmiotów tworzących publiczną służbę krwi. Z uwagi na dużą liczbę zmian zdecydowano o opracowaniu nowej ustawy a nie nowelizowaniu dotychczas obowiązującej ustawy. 1. Określenie jasnych zasad gospodarowania osoczem oraz produktami krwiopochodnymi W projektowanej ustawie proponuje się powołanie Narodowego Frakcjonatora Osocza, zwanego dalej „NFO”, który będzie wytwarzał poszczególne produkty krwiopochodne, których obecnie brakuje na rynku. Do czasu rozpoczęcia produkcji, co nastąpi za ok. 4-5 lat NFO będzie, na podstawie decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia: 1) zbywać osocze w drodze konkurs albo 2) wybierze wykonawcę usługowego frakcjonowania w drodze konkursu albo przetargu publicznego. Ponadto, na podmioty lecznicze nakłada się obowiązek wprowadzania do systemu obrotu produktami krwiopochodnymi, prowadzonego przez NCK, zapotrzebowań na produkty krwiopochodne. Rozwiązanie to, jak również stworzenie systemu informatycznego obrotu produktami krwiopochodnymi, ma zapewnić nadzór nad prawidłowym obrotem produktami krwiopochodnymi. Ponadto proponuje się wprowadzenie ustawowego obowiązku uzyskiwania przez centra krwiodawstwa zgody dawcy krwi na oddanie krwi, z której będzie jasno wynikało, iż wyraża on zgodę na zbycie krwi i jej składników w celu przetworzenia w krwiopochodne produkty lecznicze ratujące życie i zdrowie pacjentów. Zakłada się, iż usługowe frakcjonowanie będzie pierwszym etapem powstania krajowej fabryki frakcjonowania osocza. 2. Wprowadzenie kompleksowego, wieloaspektowego i		
--	--	--	--	--

		scentralizowanego nadzoru nad krwiodawstwem i krwiolecznictwem. Wzmocnienie nadzoru nad krwiodawstwem i krwiolecznictwem przez szczegółowy podział zadań w zakresie nadzoru merytorycznego i organizacyjnego pomiędzy Instytutem a NCK. Do zasadniczych zmian systemowych należy powołanie jednej instytucji nadzorującej system krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Wydaje się, iż właściwą jednostką w tym zakresie jest NCK, która integruje działalność funkcjonującego NCK oraz Instytutu. Obecnie NCK działa jako jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i wykonuje część zadań, które w projekcie ustawy są przypisane do NCK działającego jako państwowa osoba prawna. Do zadań NCK należeć będzie nadzór nad gospodarką osoczem oraz obrotem produktami krwiopochodnymi, koordynacja wspólnych postępowań na zakup towarów i usług na rzecz centrów krwiodawstwa oraz realizacja usług wspólnych, przeprowadzanie konkursu na sprzedaż osocza, które nie spełnia wymagań frakcjonatora, a także kontynuacja wszystkich zadań, które NCK obecnie realizuje jako jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia (z wyłączeniem postępowań na zakup i dostawę produktów leczniczych dla chorych na hemofilię i pokrewne skazy krwotoczne), a także realizacja części zadań wykonywanych obecnie przez Instytut, przy czym zadania (merytoryczne), które wymagają dostępu do bazy laboratoryjnej w dalszym ciągu będą wykonywane przez Instytut. 3. Doprecyzowanie uprawnień dawców krwi Wskazanie, że czas zwolnienia obejmuje również zmianę, która zaczęła się tego dnia, w którym oddano krew i jej składniki albo obejmuje całą dobę. 4. Umożliwienie wykonywania przetoczeń przez ratowników medycznych i perfuzjonistów Umożliwienie ratownikom medycznym i perfuzjonistom wykonywania zabiegów przetaczania krwi i jej składników po odbyciu specjalistycznych szkoleń wskazanych w projekcie. 5. Wprowadzenie możliwości wykonywania przetoczeń „międzyszpitalnych” przez Lotnicze Pogotowie Ratunkowe Wprowadzenie przepisów umożliwiających przetaczanie krwi i jej składników przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego oraz lotnicze zespoły transportu sanitarnego w trakcie transportu „międzyszpitalnego”. W pozostałym zakresie projekt utrzymuje bądź doprecyzowuje		
--	--	---	--	--

			dotychczasowe rozwiązania w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa, znajdujące się w obecnie obowiązującej ustawie o publicznej służbie krwi.		
17.01.2022	Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Rejestru Hipercholesterolemii Rodzinnej	Ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 stycznia 2020 r. w sprawie Rejestru Hipercholesterolemii Rodzinnej (Dz. U. poz. 83), z uwzględnieniem zmiany wprowadzonej rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2020 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie Rejestru Hipercholesterolemii Rodzinnej (Dz. U. poz. 1627)		Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Rejestru Hipercholesterolemii Rodzinnej (dziennikustaw.gov.pl)
14.01.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE Nr 7/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 11.01.2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń -	Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”. Wynikiem zmian przedstawionych w niniejszym zarządzeniu jest modyfikacja organizacji udzielania świadczeń, aktualizacja wycen świadczeń w fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej oraz kształt katalogu wspierający większą samodzielność zawodową fizjoterapeutów. Dokonano zmiany konstrukcji katalogu produktów rozliczeniowych ujętych w załączniku nr 1 m do zarządzenia dla świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej i fizjoterapii domowej. Wprowadzono rozwiązania w zakresie finansowania świadczeń fizjoterapeutycznych, polegające na odejściu od płacenia za procedurę, pozostawiając większą swobodę terapeuty w wyborze realizowanych procedur fizjoterapeutycznych. Zaproponowana zmiana konstrukcji stanowi uniwersalną metodę umożliwiającą tworzenie dowolnych konfiguracji udzielania świadczeń w zależności od potrzeby pacjentów. Dodatkowo, zmniejszenie liczby	Wejście w życie z dniem 1 lutego 2022 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

		leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką	produktów rozliczeniowych przyczyni się do uproszczenia systemu sprawozdawczego. Proponowane zmiany są spójne z założeniami przedstawicieli środowiska fizjoterapeutycznego współpracującego w ramach konsultacji z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). W przekazanych postulatach wskazywano, że głównym założeniem nowego katalogu powinno być wprowadzenie produktów w uproszczonej formie, dla których jednostką rozliczeniową jest czas zaangażowania fizjoterapeuty oraz realizacja samodzielności zawodowej. Nowe produkty rozliczeniowe, zgodnie z propozycją, zostały oparte o czas pracy fizjoterapeuty, a nie wycenę konkretnych procedur, co umożliwi płynną modyfikację prowadzonej terapii adekwatnie do indywidualnych potrzeb pacjenta. Podejście takie umożliwi i usprawni osiąganie przyjętych, indywidualnych celów fizjoterapii. W wycenach świadczeń przygotowanych przez AOTMiT, uwzględniona została stawka godzinowa pracy fizjoterapeuty stanowiąca pochodną aktualnych danych finansowo-księgowych przekazanych przez świadczeniodawców. Wprowadzone modyfikacje dotyczą przede wszystkim grupowania zabiegów fizjoterapeutycznych zdefiniowanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, które stanowią realizację przekazanego przez Prezesa AOTMiT opracowania analitycznego w zakresie wyceny świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej. Nowy mechanizm rozliczania świadczeń w fizjoterapii domowej pozwala na urealnienie sprawozdawczości oraz finansowania w tym obszarze poprzez zniwelowanie dotychczasowego wielokrotnego rozliczania kosztów dojazdu w przypadku świadczeniobiorców przebywających pod jednym adresem zamieszkania. Ponadto, wprowadzono zmianę wyceny dla nowo zdefiniowanych produktów rozliczeniowych określonych w załączniku 1m oraz z uwagi na fakt, iż wizyta fizjoterapeutyczna jest elementem procesu leczenia w ramach świadczeń fizjoterapeutycznych, zmianę wyceny produktów rozliczeniowych określonych w załączniku 1n: - wizyta fizjoterapeutyczna, - wizyta fizjoterapeutyczna w warunkach domowych, - wizyta fizjoterapeutyczna z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych.		
--	--	--	---	--	--

			Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.), został przedstawiony do konsultacji zewnętrznych na okres 14 dni właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Krajowa Rada Fizjoterapeutów, Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych), reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust.1 ustawy o świadczeniach. W ramach konsultacji wpłynęło 536 opinii w ramach których zgłoszono 1126 uwag. Na podstawie przeprowadzonej analizy zgłoszonych uwag dokonano zmiany w zarządzeniu, w szczególności: - doprecyzowano brzmienie § 18 zarządzenia dodając pkt 10 i 11, - wyodrębniono nowy produkt rozliczeniowy (zabieg masażu), - dodano produkt rozliczeniowy fizjoterapia realizowana w warunkach domowych (kolejne 15 minut), - doprecyzowano opis grupowania zabiegów fizjoterapeutycznych. Dodatkowo, w przypadku: - 16 podmiotów, uwagi nie odnosiły się do przedmiotu przedstawionego projektu, wykraczały poza zakres regulowany Zarządzeniem, bądź były niezasadne, - 16 podmiotów, uwagi zgłoszone były po wyznaczonym terminie. Wprowadzone zmiany ujęte w zarządzeniu zmieniającym wychodzą naprzeciw postulatam zgłoszonym w ramach opiniowania projektu zarządzenia. Wdrożenie zmian wynikających z przedmiotowego zarządzenia będzie wiązało się z dodatkową alokacją środków przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna oraz fizjoterapia domowa w wysokości około 213 mln zł, co przy jednoczesnym planowanym zwiększeniu wartości umów zawartych ze świadczeniodawcami oraz liczby punktów rozliczeniowych przyczyni się do zwiększenia liczby świadczeń i poprawy dostępności. Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.		
14.01.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE Nr	Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 167/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w	Wejście w życie 11	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy

		6/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEG O FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 10.01.2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.). Niniejszym zarządzeniem nadano nowe brzmienie załącznikowi nr 1a do zarządzenia, określającemu Katalog produktów dodatkowych do sumowania w KOC I. Zmiany są związane z koniecznością dostosowania jego treści do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2021 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2022 r. (Dz. U. poz. 1353). Zgodnie z wynikami analizy wysokości kosztów ponoszonych przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi w związku z pobieraniem krwi i jej składników oraz preparatyką, przechowywaniem i ich wydawaniem, w odniesieniu do uzyskiwanych przychodów z tego tytułu, uległy zmianie wartości dwóch produktów rozliczeniowych (5.10.99.0000160 Przetoczenie ubogoleukocytarnego koncentratu krwinek płytkowych z aferezy – 1000 zł oraz 5.10.99.0000168 Filtrowanie jednostki krwi lub jej składników – 77 zł). Ponadto, zgodnie z § 8 ust. 2 ww. rozporządzenia utworzono produkt rozliczeniowy: 5.10.99.0000174 Osocze świeżo mrożone pobrane metodą aferezy o wartości 45 zł. Zmiana, wynikająca z ww. rozporządzenia, podyktowana jest koniecznością doprecyzowania i rozwiania wątpliwości interpretacyjnych związanych z podziałem donacji. Zmiany wprowadzane niniejszym zarządzeniem, były zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320 z późn. zm.), poddane konsultacjom zewnętrznym na okres 14 dni, wraz z projektem zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne. W ramach konsultacji projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu	stycznia 2022 r.	Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków
--	--	---	--	-----------------------------	--

			art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach. Podczas konsultacji nie zgłoszono uwag do ww. zmian. Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania, a jego postanowienia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2022 r.		
14.01.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE Nr 5/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 05.01.2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej	Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.). W związku z przygotowywaniem systemu ochrony zdrowia do pełnego wdrożenia opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej podjęto decyzję o stopniowym wdrażaniu zmian, zarówno w warunkach organizacyjnych realizacji umów jak i ich finansowaniu. Intencją proponowanego przepisu (§ 48a) jest przyjęcie rozwiązania, zgodnie z którym do czasu wprowadzenia kolejnych zmian w zakresie rozwoju opieki koordynowanej (ich wdrożenie przewidziane jest nie wcześniej niż po upływie I kwartału 2022 r., ze względu na konieczność zmiany przepisów ustawowych), stawka kapitałowa, o której mowa w załączniku nr 1 poz. 6.1 zmienianego zarządzenia Nr 160/2021/DSOZ dotyczyć będzie zadania koordynatora związanego z promocją profilaktyki, tj. koordynowania procesu rekrutacji świadczeniobiorców do programów profilaktycznych oraz zapraszania świadczeniobiorców kwalifikujących się do danego programu. Pozostałe zadania POZ, realizowane dotychczas przez świadczeniodawców, będą finansowane na zasadach określonych przed wejściem tego aktu w życie.	Wejście w życie 6 stycznia 2022 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków
14.01.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE Nr 4/2022/BPZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z	Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wprowadza zmiany w zarządzeniu Nr 168/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne, w załączniku nr 2, określającym wzór umowy i polegają wyłącznie na korekcie redakcyjnej § 4 tego załącznika.	Wejście w życie 4 stycznia 2022 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

		dnia 03.01.2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programu zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne	Mając na uwadze to, iż zmiany przyjęte niniejszym zarządzeniem mają charakter wyłącznie porządkowy, do projektu nie znajduje zastosowania art. 146 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz § 2 ust. 3-5 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zarządzenie zmieniające jest zgodne ze Strategią Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 realizując założenia celu nr 2.4 „Zwiększenie zakresu działań profilaktycznych”.		
14.01.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE Nr 3/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 03.01.2022 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych	Uzasadnienie Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”. Przedmiotowa regulacja dotychczas określona była w zarządzeniu Nr 70/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2021 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych, która zgodnie z § 22 zarządzenia, z dniem wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia, utraci moc obowiązującą. Opracowanie zarządzenia ma w szczególności na celu ujednolicenie przepisów oraz zachowanie ich przejrzystości, a tym samym ułatwienie interesariuszom ich stosowania. Zmiany wprowadzone w niniejszym zarządzeniu obejmują: 1) w celu zachowania spójności przepisów dokonano zmiany brzmienia § 4 ust. 1, polegającej na wskazaniu wszystkich katalogów obejmujących produkty jednostkowe dedykowane do rozliczenia onkologicznych świadczeń kompleksowych w umowie PSZ w zakresie Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś) oraz Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG);	Wejście w życie 4 stycznia 2022 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

		2) w zakresie załącznika nr 1on (Katalog onkologicznych świadczeń kompleksowych), w celu skorelowania przepisów załącznika z przepisami zarządzenia Nr 55/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.), zarządzenia Nr 182/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (z późn. zm.) oraz zarządzenia Nr 195/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką (z późn. zm.) wprowadzono: 1) produkty rozliczeniowe: ☐ 5.52.01.0001511 Badanie genetyczne materiału archiwalnego; ☐ 5.52.01.0001423 Wytworzenie stałego dostępu naczyniowego z wytworzeniem tunelu podskórnego przeznaczonego do użytku długoterminowego z hospitalizacją; ☐ 5.52.01.0001566 Usunięcie stałego dostępu naczyniowego z wytworzonym tunelem podskórnym przeznaczonego do użytku długoterminowego z hospitalizacją; ☐ 5.30.00.0000002 W02 Świadczenie receptowe; ☐ Z100 Świadczenia zabiegowe - grupa 100; ☐ 5.05.00.0000104 znieczulenie całkowite dożylne; ☐ 5.05.00.0000105 konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego oraz 2) możliwość sumowania produktu 5.11.02.9200001 ROKO Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach stacjonarnych z produktem 5.53.01.0001649 Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z załącznika 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne. Pozostałe zmiany wprowadzone w zarządzeniu mają charakter porządkowy. Skutek finansowy dla wprowadzanych niniejszym zarządzeniem zmian		
--	--	---	--	--

			w chwili obecnej nie jest możliwy do oszacowania. Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.) został poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 14 dni. W ramach konsultacji projekt przedstawiono do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach. W wyniku konsultacji uwagi do projektu zgłosiło 10 podmiotów. Uwagi odnoszące się strictly do przedmiotu zarządzenia zostały uwzględnione w niniejszym zarządzeniu. Niektóre z uwag odnoszą się do kwestii merytorycznych, które wymagają analiz i dalszych prac. Z dniem wejścia w życie zarządzenia utraci moc obowiązującą dotychczasowe zarządzenie Nr 70/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2021 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2022 r. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.		
14.01.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE Nr 2/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 03.01.2022 r. w sprawie warunków zawierania i	Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne – świadczenia kompleksowe stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”. Przedmiotowa regulacja dotychczas określona była w zarządzeniu Nr 166/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w	Wejście w życie 4 stycznia 2022 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

		realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe	rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe (z późn. zm.), która zgodnie z § 19 zarządzenia, z dniem wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia, utraci moc obowiązującą. Opracowanie zarządzenia ma na celu ujednolicenie przepisów oraz zachowanie ich przejrzystości, a tym samym ułatwienie interesariuszom ich stosowania. Zmiany dokonane w niniejszym zarządzeniu obejmują: 1) dostosowanie § 4 – Warunki finansowania świadczeń oraz § 6 – Kary umowne załącznika nr 2 do zarządzenia stanowiącego wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe do przepisów § 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.); 2) w zakresie załącznika nr 1k do zarządzenia dodano produkt rozliczeniowy 5.53.01.0001649 - Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z możliwością jego rozliczenia w ramach stacjonarnej rehabilitacji kardiologicznej. Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.), został poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 14 dni. W ramach konsultacji projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach. W wyniku konsultacji uwagi do projektu zgłosiły 2 podmioty. Nie dotyczyły one przedmiotu proponowanych zmian. Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Skutek finansowy dla wprowadzanych niniejszym zarządzeniem zmian nie jest możliwy do oszacowania.		
--	--	---	--	--	--

			Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2022 r. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.		
14.01.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE Nr 1/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 03.01.2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne	Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”. Przedmiotowa regulacja określona była dotychczas w zarządzeniu Nr 55/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.), która zgodnie z § 31 zarządzenia, z dniem wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia, utraci moc obowiązującą. Opracowanie zarządzenia ma na celu ujednolicenie przepisów oraz zachowanie ich przejrzystości, a tym samym ułatwienie interesariuszom ich stosowania. Zmiany dokonane w niniejszym zarządzeniu obejmują: 1) w celu ujednolicenia z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2021 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2022 r. (Dz. U. poz. 1768), dokonano zmian wartości wysokości opłat w 2022 r. Zgodnie z wynikami analizy wysokości kosztów ponoszonych przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi w związku z pobieraniem krwi i jej składników oraz preparatyką, przechowywaniem i ich wydawaniem, w odniesieniu do uzyskiwanych przychodów z tego tytułu, uległy zmianie wartości dwóch produktów rozliczeniowych (5.53.01.0001515 Przetoczenie ubogoleukocytarnego koncentratu krwinek płytkowych z aferezy – 1000 zł oraz 5.53.01.0001523 Filtrowanie jednostki krwi lub jej składników – 77 zł). Ponadto, zgodnie z § 8 ust. 2 ww. rozporządzenia stworzono produkt rozliczeniowy: 5.53.01.0001543 Osocze świeżo mrożone pobrane metodą aferezy o wartości 45 zł, możliwy do sumowania z produktem rozliczeniowym: 5.53.01.0001517 Przetoczenie osocza świeżo mrożonego. Zmiana, wynikająca z ww. rozporządzenia, podyktowana jest koniecznością doprecyzowania i rozwiania wątpliwości interpretacyjnych związanych z podziałem donacji; 2) w związku ze zmianą wysokości limitu finansowania ustalonego w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 października 2021 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów	Wejście w życie 4 stycznia 2022 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

		medycznych (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2021 r. poz. 82) ustalonego na dzień 1 listopada 2021 r. zmodyfikowano wartość produktu rozliczeniowego z załącznika nr 1c: 5.53.01.0001401 Leczenie przetoczeniami immunoglobulin. Obecnie wartość ta wynosi 255,15 zł za każdy 1 gram immunoglobulin; 3) w zakresie załącznika nr 1b do zarządzenia (Katalog produktów odrębnych) utworzono nowe produkty rozliczeniowe: 5.52.01.0001564 Pobyt do podania leku w leczeniu orbitopatii tarczycowej (obejmuje dożylną sterydoterapię wraz z wykonaniem rutynowych badań laboratoryjnych monitorujących terapię, przy rozliczeniu konieczne wykazanie rozpoznania ICD- 10: E05.0, E06.3, H06.2) oraz 5.52.01.0001565 Pobyt do wykonania upustu krwi w przebiegu chorób krwi i narządów krwiotwórczych (konieczne wskazanie procedury 38.99), na zasadach określonych w § 26 pkt 13 zarządzenia (w uzasadnionych medycznie przypadkach umożliwiono wykazanie do rozliczenia pomimo nieprzekroczenia 14 dniowego okresu między ich udzieleniem podczas odrębnych pobytów pacjenta w szpitalu); 4) zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem obejmują również modyfikację załącznika nr 1b i 1c w zakresie produktów rozliczeniowych dedykowanych pobraniem narządowym. Zmiany te związane są z koniecznością dostosowania przepisów zarządzenia Prezesa Funduszu z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2014 r. poz. 469, z późn. zm.). W związku z tym, w załącznikach utworzone zostały odpowiednie produkty rozliczeniowe wraz z wartościami wynikającymi z ww. rozporządzenia; 5) zmiany w obrębie załączników 2a, 2b i 2c, stanowiących wzory umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne / leczenie szpitalne - teleradioterapia / brachyterapia / terapia izotopowa / terapia protonowa nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku/ leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne wynikają z konieczności ich dostosowania do przepisów § 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.); 6) modyfikacje w zakresie załącznika nr 1ts do zarządzenia mają		
--	--	---	--	--

		charakter porządkujący (zmiany wynikające ze zmian z załącznika nr 1b); 7) świadczeniodawcom, w przypadku udzielania świadczeń świadczeniobiorcom poniżej 18 r. ż., którzy zrealizowali JGP: PZB02 Zabiegi z wykonaniem wtrektomii <18 r. ż, PZB03 Średnie zabiegi na oczodole i aparacie łzowym < 18 r.ż. oraz PZB05 Duże zabiegi na rogówce i twardówce <18 r.ż., określone w załączniku nr 3d do zarządzenia, a w roku poprzedzającym rok, w którym stosowany jest współczynnik korygujący, ich udział w realizacji poszczególnych JGP na rzecz świadczeniobiorców poniżej 18 r.ż. przekroczył 10% wszystkich zrealizowanych na rzecz tych świadczeniobiorców odpowiednich JGP, umożliwiono korygowanie wartości produktu rozliczeniowego z katalogu grup o współczynnik o wartości 1,2 (załącznik nr 3d do zarządzenia); 8) realizując wnioski pokontrolne Najwyższej Izby Kontroli pt. Realizacja świadczeń zdrowotnych w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego, w celu zminimalizowania skutków epidemii COVID-19, które wpłynęły na zmniejszenie liczby wykonanych zabiegów endoprotezoplastyki i przesunięcie ich w czasie umożliwiono świadczeniodawcom korygowanie wartości produktu rozliczeniowego z katalogu grup z zastosowaniem współczynników na podstawie realizacji świadczeń udzielonych w roku 2019 albo 2021; 9) zmiany w charakterystyce JGP (załącznik nr 9 do zarządzenia) obejmują: a) B31 Duże rekonstrukcje na aparacie ochronnym oka - w związku z wynikami opracowania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr WT.5403.40.2021 z dnia 5 listopada 2021 r. w sprawie oszacowania kosztów operacji opadania powiek umożliwiono rozliczanie procedury 08.34 Operacja opadania powiek - operacja mięśnia dźwigacza u pacjentów poniżej 18 roku życia w ramach grupy B31 Duże rekonstrukcje na aparacie ochronnym oka (w grupie B31 został utworzony dodatkowy warunek: wskazanie procedury 08.34 Operacja opadania powiek - operacja mięśnia dźwigacza oraz wiek < 18 r.ż.), b) C14 Średnie zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani - procedurę 27.499 Wycięcie w zakresie jamy ustnej przeniesiono do grupy C15 Małe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani (z listy procedur C14 została usunięto procedura: 27.499 Wycięcie w zakresie jamy ustnej – inne pozostawiono),		
--	--	--	--	--

		c) C15 Małe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani - do listy procedur C15 dodano procedurę 27.499 Wycięcie w zakresie jamy ustnej – inne (procedura przeniesiona z grupy C14), d) C31 Kompleksowe zabiegi uszu - w grupie C31 Kompleksowe zabiegi uszu w przypadku realizacji procedur: 18.31 Radykalne wycięcie zmiany ucha zewnętrznego i 20.51 Wycięcie zmiany ucha środkowego poza dotychczasowym warunkiem związanym ze wskazaniem procedury wykonania badania histopatologicznego (Y90) należy dodatkowo sprawozdać jedno z wybranych rozpoznań wg. ICD 10: C30.1 Nowotwór złośliwy (ucho środkowe), C43.2 Czerniak złośliwy ucha i przewodu słuchowego zewnętrznego, C44.2 Nowotwór złośliwy (skóra ucha i przewodu słuchowego zewnętrznego), C49.0 Nowotwór złośliwy (tkanka łączna i inne tkanki miękkie głowy, twarzy i szyi), e) D18, D47, D48 - w obszarze chorób związanych z zapaleniem płuc zrezygnowano z dotychczasowego podziału grup ze względu na możliwość wystąpienia powikłań lub chorób współistniejących bądź ich brak. Grupa D47 Zapalenie płuc z powikłaniami i chorobami współistniejącymi została usunięta, z kolei z nazwy grupy D48 Zapalenie płuc bez powikłań i chorób współistniejących została usunięta część informująca, że grupa dotyczy hospitalizacji bez powikłań i chorób współistniejących. Z nazwy grupy D18 Zapalenie płuc nietypowe, wirusowe usunięto słowo „wirusowe”, a rozpoznania wg ICD10 o nieuszczegółowionej diagnozie zostały przeniesione do grupy D48 Zapalenie płuc. Do grupy D48 Zapalenie płuc zostały dodane rozpoznania o nieuszczegółowionej diagnozie (rozpoznania o nieuszczegółowionej diagnozie wg ICD 10 przeniesione z grupy D18 Zapalenie płuc nietypowe), f) F58E Choroby zapalne jelit > 65 r.ż., F58F Choroby zapalne jelit < 66r.ż. - dla grup F58E Choroby zapalne jelit > 65 r.ż. oraz F58F Choroby zapalne jelit < 66r.ż. zostały dodane warunki wykonania dodatkowych procedur medycznych wg ICD 9, g) H22 Artroskopia lecznicza - w grupie H22 Artroskopia lecznicza umożliwiono realizację procedur: 83.881 Plastyka ścięgna i mięśnia, 83.882 Ufiksowanie ścięgna, 83.883 Tenodeza - inna niż ręki oraz 83.884 Plastyka ścięgna, h) P04 Choroby dolnych dróg oddechowych, P30 Infekcje wirusowe określone- umożliwiające zostało rozliczanie hospitalizacji pacjentów leczonych z powodu COVID- 19 w oddziałach		
--	--	--	--	--

		pediatrycznych. W grupie P04 Choroby dolnych dróg oddechowych oraz P30 Infekcje wirusowe określone do listy rozpoznań dodano rozpoznanie o kodzie: U07.1 COVID-19, i) Q22 Zakrzepowe zapalenie żył - leczenie operacyjne - z charakterystyki JGP została usunięta grupa Q22 Zakrzepowe zapalenie żył - leczenie operacyjne. Procedury, które dotychczas były rozliczane w ramach tej grupy są nadal możliwe do rozliczenia w grupie Q23 Operacje żyłaków z safenektomią oraz w grupie Q24 Operacje żyłaków bez safenektomii. Wprowadzenie zmian wynikających z przedmiotowego zarządzenia będzie wiązało się z alokacją środków przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej w wysokości 63 035 198 zł. Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.), został poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 14 dni. W ramach konsultacji projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach. W toku konsultacji opinie dotyczące projektu zarządzenia przedstawiło 20 podmiotów. Podczas ich rozpatrywania uwzględniono te, które były merytorycznie zasadne, między innymi odstąpiono od wprowadzenia zmian w §25 zarządzenia. Centrala Funduszu będzie jednak nadal prowadzić prace związane ze zmianą konstrukcji rozliczania poprzez produkt rozliczenie za zgodą płatnika, dążąc do tego, aby rozliczanie świadczeń w tym trybie traktowane było jako wyjątek, a nie ogólna zasada rozliczania udzielonych świadczeń. Zdecydowana większość pozostałych zgłoszonych uwag wymaga szczegółowych analiz i dalszych prac. Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2022 r. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem		
--	--	--	--	--

14.01.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE Nr 224/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 30.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin	następującym po dniu podpisania. Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 199/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin, stanowi wykonanie upoważnienia wynikającego z art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 48e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.). Niniejszym zarządzeniem nadano nowe brzmienie przepisowi § 9 ust. 4 zarządzenia. Przedmiotowa zmiana ma charakter porządkujący, dostosowujący przepisy zarządzenia do obowiązujących warunków realizacji świadczeń objętych programem pilotażowym. Wprowadzona zmiana wpisuje się w realizację m.in. celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.	Wejście w życie 31 grudnia 2021 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków
14.01.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE Nr 223/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 30.12.2021 r. uchylające zarządzenie zmieniające zarządzenie w sprawie	Uchylenie zarządzenia Nr 65/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, zmienionego zarządzeniem Nr 155/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 września 2021 r. jest konsekwencją przedstawienia przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) nowego sposobu rozliczania produktów rozliczeniowych w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej. Na podstawie propozycji Prezesa AOTMiT, został opracowany i przedstawiony do konsultacji społecznych w projekcie zarządzenia Prezesa NFZ nowy katalog produktów rozliczeniowych w przedmiotowych zakresach. Tym samym	Wejście w życie 1 stycznia 2022 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

		określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką	zmiany wprowadzane od 1 stycznia 2022 r. uchylanym zarządzeniem w załączniku 1m do zarządzenia, stały się bezprzedmiotowe. Pozostawienie w mocy zarządzenia Nr 65/2021/DSOZ z dnia 9 kwietnia 2021 r., przy jednoczesnym procedowaniu innego rozwiązania docelowego w omawianym zakresie może skutkować niepewnością świadczeniodawców co do sposobu finansowania świadczeń i dezorganizacją ich udzielania. Ponadto rzetelna analiza uwag zgłoszonych w ramach konsultacji ww. projektu zarządzenia i ich ewentualne uwzględnienie w jego treści wymagają utrzymania w mocy obowiązujących rozwiązań w zakresie wyceny fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej. Uchylenie zarządzenia Nr 65/2021/DSOZ zapewni ten stan do czasu wejścia w życie projektowanych zmian. Biorąc pod uwagę powyższe postanowiono o niezwłocznym uchyleniu przedmiotowego zarządzenia zmieniającego.		
14.01.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE Nr 162/2020/DGL PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 16 października 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie programy lekowe	Tekst ujednolicony zarządzenia Tekst ujednolicony zawiera zmiany wprowadzone zarządzeniem Nr 196/2020/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2020 r., zarządzeniem Nr 29/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 lutego 2021 r., zarządzeniem Nr 59/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2021 r., zarządzeniem Nr 102/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 czerwca 2021 r., zarządzeniem Nr 136/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 lipca 2021 r., zarządzeniem Nr 167/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 października 2021 r. oraz zarządzeniem Nr 190/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 listopada 2021 r. Niniejszy tekst (ujednolicony) ma charakter pomocniczy i nie stanowi źródła prawa.		Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków
14.01.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE Nr 222/2021/GPF PREZESA	Nowelizacja zarządzenia Nr 28/2020/GPF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 marca 2020 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw monitorowania prawidłowości postępowania w przypadkach podejrzenia lub zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 polega na	Wejście w życie 31 grudnia 2021 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) –

		NARODOWEG O FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 30.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie powołania Zespołu do spraw monitorowania prawidłowości postępowania w przypadkach podejrzenia lub zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2	wprowadzeniu zmian w zakresie składu osobowego Zespołu (§ 2 ust. 1) oraz na modyfikacji przepisu § 6, wskazującego, iż obsługę organizacyjno-techniczną Zespołu zapewnia Gabinet Prezesa Funduszu (dotychczas zapewniał Departament ds. Służb Mundurowych).		finansujemy zdrowie Polaków
14.01.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE Nr 218/2021/BPZ PREZESA NARODOWEG O FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 27.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programu zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy	Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wprowadza zmiany w zarządzeniu Nr 168/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programu zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne, poprzez określenie nowego wzoru umowy. Wprowadzane zmiany polegają na dostosowaniu § 4 - Warunki finansowania świadczeń oraz § 6 - Kary umowne do przepisów § 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.). Zmiany wynikające ze wskazanych przepisów zostały już wprowadzone do obowiązujących umów ze świadczeniodawcami w drodze aneksów. Mając na uwadze to, iż zmiany przyjęte niniejszym zarządzeniem mają charakter wyłącznie porządkowy, do projektu nie znajduje zastosowania art. 146 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz § 2 ust. 3-5 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zarządzenie zmieniające jest zgodne ze Strategią Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 realizując założenia celu nr 2.4	Wejście w życie 28 grudnia 2021 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

14.01.2022	Zarządzenie	zdrowotne ZARZĄDZENIE Nr 217/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 23.12.2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19	„Zwiększenie zakresu działań profilaktycznych”. Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 102 ust. 1 i ust. 5 pkt 21 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.) oraz polecenia Ministra Zdrowia z dnia 2 marca 2021 r. (z późn. zm.), z dnia 2 kwietnia 2021 r. (z późn. zm.) i z dnia 8 września 2021 r. (z późn. zm.) wydanego na podstawie art. 11h ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 2095, z późn. zm.). Przedmiotowa regulacja określona była dotychczas w zarządzeniu Nr 42/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 marca 2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (z późn. zm.), która zgodnie z § 6 zarządzenia, z dniem wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia, utraci moc obowiązującą. Opracowanie zarządzenia ma na celu ujednolicenie przepisów oraz zachowanie ich przejrzystości, a tym samym ułatwienie interesariuszom ich stosowania. Zgodnie z poleceniem Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2021 r., znak: DLU.736.623.2021.KB od dnia 1 stycznia 2022 r. finansowanie testów diagnostycznych RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2 będą mogły uzyskać medyczne laboratoria diagnostyczne lub podmioty je prowadzące wpisane na wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (zwanego dalej „wykazem”), sporządzany i prowadzony, zgodnie z właściwością miejscową, przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. Na wykazie zostaną umieszczone medyczne laboratoria diagnostyczne lub podmioty je prowadzące, wykonujące testy na obecność wirusa SARS-CoV-2: 1) z którymi NFZ zawarł umowę na finansowanie tych testów,	Wejście w życie 1 stycznia 2022 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków
------------	-------------	--	---	------------------------------------	--

			obowiązującą w dniu 30 grudnia 2021 r.; 2) które złożyły wniosek o wpisanie ich do wykazu oraz spełniają które złożyły wniosek o wpisanie ich do wykazu oraz spełniają warunki określone poleceniem Ministra Zdrowia znak: DLU.736.620.2021.KB z dnia 8 grudnia 2021 r. Dodatkowo, w związku z weryfikacją wyceny świadczeń związanych z wykonaniem testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 i przeprowadzoną przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji analizą kosztów w tym obszarze dokonano zmiany wartości poniższych produktów rozliczeniowych: 99.05.0001 Wykonanie testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 - 113 zł 99.05.0002 Wykonanie testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 (bez kosztu odczynników) – 66 zł, Zmiana wycen obejmuje także produkty rozliczeniowe dotyczące wykonania badania po upływie 24h od wykonania testu na obecność wirusa SARS-CoV-2: 99.05.0003 Wykonanie testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 – 101 zł; 99.05.0004 Wykonanie testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 (bez kosztu odczynników) – 54 zł. Zmiana wartości obejmuje także: 99.05.0005 Wykonanie testu antygenowego na obecność wirusa SARS-CoV-2 – 35,83 zł, 99.05.0006 Wykonanie testu antygenowego na obecność wirusa SARS-CoV-2 (bez kosztu testu) – 23,24 zł. W związku z powyższym dokonano zmian w załącznikach do zarządzenia. Pozostałe zmiany w nich dokonane mają charakter porządkowy. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.		
14.01.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE Nr 216/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 22.12.2021 r. zmieniające	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	Wejście w życie 23 grudnia 2021 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

		zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej	56/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2021 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w brzmieniu wynikającym z załącznika do obwieszczenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 listopada 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Zmiany w ww. regulacji mają charakter porządkujący. Zmiany w załączniku nr 2 (określenie nowego wzoru umowy) wprowadzone niniejszym zarządzeniem polegają na dostosowaniu § 4 - Warunki finansowania świadczeń oraz § 5 - Kary umowne do przepisów § 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.). Wprowadzone zmiany wpisują się w realizację celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.		
14.01.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE Nr 215/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 22.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia	Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie stomatologiczne, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.). Zmiany w załączniku nr 2 do zarządzenia (określenie nowego wzoru umowy) polegają na dostosowaniu § 4 - Warunki finansowania świadczeń oraz § 7 - Kary umowne do przepisów § 16 załącznika do ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zmiany wynikające ze wskazanych przepisów zostały już wprowadzone do obowiązujących umów ze świadczeniodawcami w drodze aneksów. Mając na uwadze to, iż zmiany umów przyjęte niniejszym zarządzeniem mają charakter wyłącznie porządkowy, to tym samym do projektu nie ma zastosowania przepis art. 146 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz § 2 ust. 3-5 załącznika do rozporządzenia	Wejście w życie 23 grudnia 2021 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

		stomatologiczne	Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zeń opieki zdrowotnej (Dz. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.). Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.		
14.01.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 214/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 22.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego	Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 55/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2020 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (z późn. zm.) stanowi wykonanie upoważnienia wynikającego z art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 48e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.). Niniejszym zarządzeniem wprowadzono nowe brzmienie załącznika nr 2 do zarządzenia, stanowiącego wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego. Przedmiotowa zmiana ma charakter porządkujący. Zarządzenie, zgodnie z § 2, wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania. Wprowadzone zmiany wpisują się w kluczowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia cele określone w Strategii na lata 2019-2023, m.in. (cel 2) - Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.	Wejście w życie 23 grudnia 2021 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków
14.01.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE Nr 212/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 21.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach	Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, stanowi wykonanie upoważnienia zamieszczonego w art. 146 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”. Zmiana załącznika nr 2 (określenie nowych wzorów umowy) wprowadzona niniejszym zarządzeniem polega na dostosowaniu § 4 - Warunki finansowania świadczeń oraz § 6 - Kary umowne do przepisów § 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.). Zmiany wynikające ze wskazanych przepisów zostały już wprowadzone do obowiązujących umów ze świadczeniodawcami w drodze aneksów.	Wejście w życie 22 grudnia 2021 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

		rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką	Mając na uwadze to, iż zmiany przyjęte niniejszym zarządzeniem mają charakter wyłącznie porządkowy, wynikający wprost z przepisów prawa, do projektu nie znajduje zastosowania art. 146 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz § 2 ust. 3-5 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Powyższe zmiany wpisują się w kluczowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia cele określone w Strategii na lata 2019-2023 jak: (cel 2) Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz (cel 5) Poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej.		
14.01.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE Nr 211/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 21.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami	Niniejsze zarządzenie, zmieniające zarządzenie nr 178/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach” oraz art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. 2020 poz. 1329). W związku z ograniczoną dostępnością do świadczeń w zakresie Dziecięcej Opieki Koordynowanej (DOK), biorąc pod uwagę zalecenia pokontrolne Najwyższej Izby Kontroli oraz postulaty świadczeniodawców realizujących DOK, wprowadzono modyfikację rozliczania świadczeń pozwalającą bardziej elastycznie realizować plan opieki. Zmiany polegają na możliwości udziału w ocenie kwartalnej i rocznej, zamiast (obowiązkowego dotychczas) okulisty, innego lekarza specjalisty, w zależności od wskazań medycznych (zgodnie z decyzją lekarza koordynującego) oraz dodaniu do katalogu świadczeń produktu rozliczeniowego: „dodatkowa konsultacja jednego lekarza specjalisty innego niż uczestniczący w poradach kompleksowych (częstotliwość: 24 razy w 3 letnim cyklu leczenia tj. 8 porad rocznie)” z możliwością jej rozliczania na zasadach określonych w zarządzeniu. W opisie zasad realizacji świadczeń wskazano także, aby częstotliwość wizyt w poradni była możliwie najmniejsza, w celu minimalnego obciążenia dziecka i	Wejście w życie 22 grudnia 2021 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

		ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” jego opiekunów. Zakłada się, że w wyniku zwiększenia liczby podmiotów realizujących DOK nastąpi przesunięcie do przedmiotowego zakresu środków wydatkowanych aktualnie na świadczenia realizowane w ramach innych zakresów świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i rehabilitacji leczniczej, zatem zmiana zarządzenia nie powinna generować skutków finansowych. Zarządzenie, w zakresie rozliczania DOK, stosowane będzie do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 stycznia 2022 r. Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2020 r. poz. 320, z późn. zm.), został przedstawiony do konsultacji zewnętrznych. W ramach konsultacji publicznych projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych), reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust.1 ustawy o świadczeniach. W ramach konsultacji 6 podmiotów wyraziło opinię w większości nie zgłaszając uwag do projektu zarządzenia. Jeden z podmiotów zwrócił uwagę na potrzebę rozszerzenia zakresu rehabilitacji nie tylko dedykowanej dzieciom wymagającym koordynowanej opieki, natomiast jeden z podmiotów wnioskował o rozliczanie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych na zasadach ogólnych dla AOS. Ponadto, niniejsze zarządzenie wprowadza zmiany w załącznikach nr 2a – 2c do zarządzenia (określenie nowych wzorów umów) polegające na dostosowaniu § 4 - Warunki finansowania świadczeń oraz § 6 - Kary umowne do przepisów § 16 załącznika do ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zmiany wynikające ze wskazanych przepisów zostały już wprowadzone do obowiązujących umów ze świadczeniodawcami w drodze aneksów. Mając na uwadze to, iż zmiany umów przyjęte niniejszym zarządzeniem mają charakter wyłącznie porządkowy, to tym samym do projektu nie ma zastosowania przepis art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz § 2 ust. 3-5 załącznika do rozporządzenia Ministra		
--	--	--	--	--

			Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zeń opieki zdrowotnej (Dz. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.). Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.		
14.01.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE Nr 208/2021/DWM PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 20.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie okresu ważności oraz trybu wydawania Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego w związku z pobytem czasowym w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/EFTA	Niniejszym zarządzeniem wprowadza się zmiany w zarządzeniu Nr 81/2020/DWM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 czerwca 2020 r., w sprawie okresu ważności oraz trybu wydawania Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego wydawanej w związku z pobytem czasowym w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/EFTA. Mając na uwadze fakt, że Wielka Brytania wystąpiła ze struktur UE, a wnioskodawcy nadal są uprawnieni do otrzymania EKUZ związku z wyjazdem do tego państwa na podstawie art. 30 ust.1 umowy o wystąpieniu Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej z Unii Europejskiej i Europejskiej Wspólnoty Energii Atomowej (Dz. Urz. UE. L 2020 Nr 29, str. 7) oraz Protokołu w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego będącego częścią umowy o handlu i współpracy między Unią Europejską i Europejską Wspólnotą Energii Atomowej, z jednej strony, a Zjednoczonym Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, z drugiej strony (Dz. Urz. UE. L 2020 Nr 444, str. 14) - zmianie uległ tytuł zarządzenia Nr 81/2020/DWM. Jednocześnie, w celu poprawy satysfakcji odbiorców, jak również zwiększenia efektywności pracy w oddziałach wojewódzkich NFZ, wprowadzono zmiany okresów, na jaki będą wydawane Europejskie Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego w odniesieniu do osób wykonujących pracę nakładczą i pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące zlecenia lub osobami z nimi współpracującymi. Weryfikując potrzeby wnioskodawców oraz biorąc pod uwagę przewidywany okres uprawnień, wydłużono okres ważności EKUZ z 2 miesięcy na 6 miesięcy dla ww. kategorii osób. Uprawnienie Narodowego Funduszu Zdrowia do ustalania okresów na jaki wydawane będą Europejskie Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) wynika z postanowień Decyzji nr S1 z dnia 12 czerwca 2009 r. Komisji Administracyjnej ds. Koordynacji Systemów Zabezpieczenia	Wejście w życie 21 grudnia 2021 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

			Społecznego. Jednocześnie w zarządzeniu zrezygnowano z możliwości składania wniosków za pośrednictwem e-mail, na rzecz Internetowego Konta Pacjenta (IKP) lub ePUAP jako alternatywnych i bezpiecznych kanałów składania wniosków. Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenia w sprawie okresu ważności oraz trybu wydawania Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego w związku z pobytem czasowym w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE/EFTA, realizuje szczególnie ważny dla perspektywy rozwoju Narodowego Funduszu Zdrowia cel strategiczny nr 1.1 tj. Poprawa obsługi przez NFZ, o którym mowa w dokumencie „Strategia Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023”.		
14.01.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE Nr 207/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 17.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.). Zmiany w załączniku nr 2 (określenie nowego wzoru umowy) wprowadzone niniejszym zarządzeniem polegają na dostosowaniu § 4 - Warunki finansowania świadczeń oraz § 6 - Kary umowne do przepisów § 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.). Zmiany wynikające ze wskazanych przepisów zostały już wprowadzone do obowiązujących umów ze świadczeniodawcami w drodze aneksów. Mając na uwadze to, iż zmiany przyjęte niniejszym zarządzeniem mają charakter wyłącznie porządkowy, to tym samym nie znajduje zastosowanie art. 146 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz § 2 ust. 3-5 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wprowadzone zmiany wpisują się w realizację celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.	Wejście w życie 18 grudnia 2021 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków
14.01.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE	Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Prezesa Narodowego	Wejście w	Zarządzenia Prezesa NFZ /

22	nie	E Nr 206/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEG O FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 17.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna	Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2021, poz. 1285, z późn. zm.). Zmiany załączników nr 2a – 2c (określenie nowych wzorów umów) wprowadzone niniejszym zarządzeniem polegają na dostosowaniu § 4 - Warunki finansowania świadczeń oraz § 6 - Kary umowne do przepisów § 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.). Zmiany wynikające ze wskazanych przepisów zostały już wprowadzone do obowiązujących umów ze świadczeniodawcami w drodze aneksów. Mając na uwadze to, iż zmiany przyjęte niniejszym zarządzeniem mają charakter wyłącznie porządkowy, do projektu nie znajduje zastosowania art. 146 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz § 2 ust. 3-5 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.	życie 18 grudnia 2021 r.	Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków
14.01.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE Nr 205/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEG O FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 17.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia	Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 167/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.). Niniejszym zarządzeniem nadano nowe brzmienie załącznikom nr 2 i 2a - 2d do zarządzenia, w których określone zostały nowe wzory umów. Zmiany w ww. załącznikach, wprowadzone niniejszym zarządzeniem polegają na dostosowaniu § 4 - Warunki finansowania świadczeń oraz w § 5 lub w § 6 - Kary umowne do przepisów § 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.). Zmiany wynikające ze wskazanych przepisów zostały już wprowadzone do obowiązujących	Wejście w życie 18 grudnia 2021 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

		zdrawotne kontraktowane odrębnie	umów ze świadczeniodawcami w drodze aneksów. Mając na uwadze to, iż zmiany przyjęte niniejszym zarządzeniem mają charakter wyłącznie porządkowy, to tym samym nie znajduje zastosowanie art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz § 2 ust. 3-5 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wprowadzone zmiany wpisują się w kluczowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia cele określone w Strategii na lata 2019-2023, m.in. (cel 2) - Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.		
14.01.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE Nr 204/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 17.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie wniosków o indywidualne sprawozdanie lub rozliczenie świadczeń	Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie wniosków o indywidualne sprawozdanie lub rozliczenie świadczeń, ujednolica procedury wydawania przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia decyzji w sprawie indywidualnego sprawozdania lub rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej. W przedmiotowym zarządzeniu, w porównaniu do dotychczas obowiązującego, wprowadzono zmiany w zakresie szablonu załączników nr 4, 5 i 5a, wynikające ze zmian przepisów zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wyspecjalistyczne. Niniejsze zarządzenie nie wywołuje skutku finansowego po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia. Zarządzenie nie ma wpływu na warunki realizacji świadczeń, w związku z powyższym nie podlega opiniowaniu. Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 dotyczącego poprawy jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.	Wejście w życie 1 stycznia 2022 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków
14.01.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE Nr 203/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z	Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dokonuje zmiany zarządzenia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczeń zaopatrzenie w wyroby medyczne, stanowiąc wykonanie upoważnienia zawartego w art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.).	Wejście w życie 18 grudnia 2022 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

		dnia 17.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczeń zaopatrzenie w wyroby medyczne	Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem uwarunkowane są wprowadzeniem współczynników korygujących kwotowych dotyczących świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne, pracowników wykonujących zawód medyczny oraz przy udziale pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, w podmiotach leczniczych, co stanowi wypełnienie obowiązku nałożonego na Prezesa NFZ przepisami § 16 ust. 3 i 4d załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.). W związku z powyższym zmianie uległ załącznik nr 1 do zarządzenia stanowiący wzór umowy o udzielanie przedmiotowych świadczeń opieki zdrowotnej. Zmiana załącznika nr 1 (określenie nowego wzoru umowy) wprowadzone niniejszym zarządzeniem polega na dostosowaniu § 4 - Warunki finansowania świadczeń oraz § 5 - Kary umowne do przepisów § 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.). Zmiany wynikające ze wskazanych przepisów zostały już wprowadzone do obowiązujących umów ze świadczeniodawcami w drodze aneksów. Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 dotyczącego poprawy jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej		
14.01.2022	Zarządzenie	ZARZĄDZENIE Nr 202/2021/BPZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 17.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie umów o realizację programu pilotażowego	Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenie w sprawie umów o realizację programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” wprowadza zmiany w zarządzeniu Nr 109/2021 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 czerwca 2021 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”. Zmiany te głównie związane są z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 grudnia 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” (Dz. U. poz. 2278) i mają na celu dostosowanie przepisów zarządzenia do ww. regulacji. Przyjęte modyfikacje przepisów przedłużają okres trwania programu pilotażowego do 30 czerwca 2022 r., a ponadto redukują jeden z elementów badań antropometrycznych – ocenę miarowości rytmu serca. Dodatkowo zarządzenie systematyzuje formę uzyskania e-skierowania	Wejście w życie 18 grudnia 2021 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

		„Profilaktyka 40 PLUS”	dla świadczeniobiorcy. Zarządzenie zmieniające w sprawie zawarcia umów o realizację programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”, stanowi wykonanie upoważnienia określonego w art. 48e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.) i jest zgodne ze Strategią Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 realizując założenia celu nr 2.4 „Zwiększenie zakresu działań profilaktycznych”.		
13.01.2022	Zarządzenie	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 stycznia 2022 r. w sprawie powołania Komisji Inwentaryzacyjnej	Komisja ma na celu ustalenie i sporządzenie wykazu składników majątkowych, innych niż nieruchomości, będących w dyspozycji Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, zgodnie ze stanem na dzień 31 grudnia 2021 r. Komisja zakończy pracę w terminie do dnia 11 lutego 2022 r.	Wejście w życie 11 stycznia 2022 r.	Zarządzenie z dnia 11 stycznia 2022 r. (mz.gov.pl)
13.01.2022	Zarządzenie	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 stycznia 2022 r. w sprawie ustanowienia Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw rehabilitacji leczniczej po chorobie wywołanej wirusem SARS-CoV-2	Do zadań Pełnomocnika należy: 1) ocena w zakresie efektywności klinicznej programów z zakresu rehabilitacji leczniczej po chorobie COVID-19: a) programu pilotażowego w zakresie rehabilitacji leczniczej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19, b) programu fizjoterapii dla osób po przebyciu COVID-19 realizowanego w gabinecie fizjoterapeutycznym lub w domu pacjenta, c) programu z zakresu rehabilitacji pacjentów po przebytej chorobie COVID-19 realizowanego w uzdrowiskach i w trybie stacjonarnym; 2) inicjonowanie zmian zasad realizacji rehabilitacji leczniczej po chorobie COVID-19 oraz uzgadnianie koncepcji i opiniowanie projektów strategicznych dokumentów rządowych; 3) wykonywanie innych zadań zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.	Wejście w życie 11 stycznia 2022 r.	Zarządzenie z dnia 10 stycznia 2022 r. (mz.gov.pl)
13.01.2022	Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2021 r. w sprawie wykazu	ogłasza się wykaz jednostek, którym w 2021 r. przyznano dotacje celowe na wydatki bieżące wraz z kwotami tych dotacji		Obwieszczenie z dnia 23 grudnia 2021 r. (mz.gov.pl)

		jednostek, którym w 2021 r. przyznano dotacje celowe na wydatki bieżące wraz z kwotami tych dotacji			
13.01.2022	Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2021 r. w sprawie wykazu jednostek, którym w 2021 r. przyznano dotacje celowe na realizację projektów z udziałem środków europejskich wraz z kwotami tych dotacji	ogłasza się wykaz jednostek, którym w 2021 r. przyznano dotacje celowe na realizację projektów z udziałem środków europejskich wraz z kwotami tych dotacji		Obwieszczenie z dnia 23 grudnia 2021 r. (mz.gov.pl)
13.01.2022	Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2021 r. w sprawie wykazu jednostek, którym w 2021 r. przyznano dotacje podmiotowe wraz z kwotami tych dotacji	ogłasza się wykaz jednostek, którym w 2021 r. przyznano dotacje podmiotowe wraz z kwotami tych dotacji		Obwieszczenie z dnia 23 grudnia 2021 r. (mz.gov.pl)

13.01.2022	Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2021 r. w sprawie wykazu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, dla których ustalono urzędową cenę zbytu	ustala się na dzień 1 stycznia 2022 r. wykaz leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego		Obwieszczenie (mz.gov.pl)
13.01.2022	Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2021 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych	ustala się na dzień 1 stycznia 2022 r. wykaz refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych		Obwieszczenie (mz.gov.pl)
13.01.2022	Obwieszczenie	Obwieszczenie Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia wykazu wód uznanych jako	ogłasza się wykaz wód uznanych jako naturalne wody mineralne		akt.pdf (mz.gov.pl)

		naturalne wody mineralne			
13.01.2022	Ustawa	Ustawa z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz niektórych innych ustaw	Dotyczy m.in.: utworzenia Funduszu Kompensacyjnego Szczepień Ochronnych; ujednolicenia przepisów dot. zasad przeprowadzania szczepień ochronnych, dokumentacji, raportów dotyczących szczepień ochronnych; wprowadzenia zmian w zakresie: dokumentacji medycznej dot. ochrony zdrowia psychicznego, finansowania składek na Fundusz Solidarnościowy lekarzy i dentystów odbywających szkolenie specjalistyczne w ramach rezydentury; funkcjonowania systemów informacyjnych w ochronie zdrowia w związku z wystąpieniami epidemii	Wejście w życie 26 stycznia 2022 r. z wyjątkiem art. 1 pkt 1 w zakresie dodawanego art. 17c, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2023 r.	Ustawa z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz niektórych innych ustaw (dziennikustaw.gov.pl)
13.01.2022	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki	Projektowane rozporządzenie stanowi realizację upoważnienia zawartego w art. 97 ust. 5 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 1977 i 2021). Potrzeba zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki (Dz. U. poz. 1395, z późn. zm.) wynika z faktu, iż w dniu 17 listopada 2021 r. została uchwalona ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2120), w której w art. 3 pkt 2 zmieniono art. 19 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2021 r. poz. 2069) w ten sposób, że dodano w nim ust. 5a i 5b. W art. 19 ust. 5a przewidziano możliwość dokonywania kwalifikacji osób dorosłych do zaszczepienia przeciwko grypie m.in. przez farmaceutów. Natomiast w art. 19 ust. 5b przewidziano możliwość wykonywania przez farmaceutów szczepienia przeciwko grypie u osoby dorosłej. Rekomendowanym rozwiązaniem jest wydanie rozporządzenia, które dostosuje rozporządzenie do tak przedstawiającego się nowego stanu prawnego i tym samym określenie w nim szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki ogólnodostępnej w zakresie nowych zadań apteki, jakim będą szczepienia przeciw grypie. Oczekiwany efektem będzie osiągnięcie pozytywnego wpływu na	Wejście w życie 11 stycznia 2022 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki (dziennikustaw.gov.pl)

			sytuację rodziny, obywateli oraz gospodarstwa domowe, a także na osoby niepełnosprawne poprzez zwiększenie dostępności do szczepień przeciw grypie, co również powinno znaleźć przełożenie na usprawnienie i przyspieszenie tego procesu poprzez niezawężanie możliwości szczepień jedynie przez podmioty wykonujące działalność leczniczą przy jednoczesnym – dzięki projektowanym zmianom – zapewnieniu bezpieczeństwa pacjentów oraz lekom przechowywanym i sporządzanym w aptece.		
13.01.2022	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2021 r. w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego	Projekt rozporządzenia stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 38 ust. 7 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Ustawa z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 2401, z późn. zm.) zmieniła upoważnienie dla Ministra Zdrowia do wydania rozporządzenia, które regulować ma szczegółowy zakres informacji zawartych w zleceniu, wzór zlecenia na zaopatrzenie w postaci papierowej oraz wzór zlecenia naprawy w postaci papierowej, uwzględniając konieczność zapewnienia prawidłowego wystawiania zleceń oraz prawidłowej ich realizacji. Zgodnie z art. 30 ww. ustawy, dotychczas obowiązujące rozporządzenie ze wskazanej na wstępie podstawy [rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 sierpnia 2019 r. w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego (Dz. U. poz. 1555)], zachowuje moc do dnia wejścia w życie nowego rozporządzenia, jednak nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2021 r. Celem zapewnienia możliwości wystawiania zleceń na wyroby medyczne oraz zleceń napraw w wersji papierowej po dniu 31 grudnia 2021 r. należy wydać przedmiotowe rozporządzenie. Ponieważ nie istnieją alternatywne środki w stosunku do projektowanego rozporządzenia umożliwiające osiągnięcie zamierzonego celu wymagane jest wydanie rozporządzenia wraz ze wzorami zlecenia na wyroby i zlecenia naprawy w załącznikach do rozporządzenia. Projekt rozporządzenia powiela rozwiązania dotychczasowego rozporządzenia, o którym mowa w pkt 1 OSR.	Wejście w życie 1 stycznia 2022 r.	<u>ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 29 grudnia 2021 r. w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego (dziennikustaw.gov.pl)</u>
13.01.2022	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Rozporządzenie 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”,	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”,	Wejście w życie 1 stycznia	<u>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu</u>

	Zdrowia	29 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego	wynika z dotychczasowych doświadczeń dotyczących realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach pilotażu przez funkcjonujące centra zdrowia psychicznego. Jednym z głównych celów nowelizacji jest umożliwienie przetestowania rozwiązania polegającego na prowadzeniu centrum zdrowia psychicznego udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach dziennych i ambulatoryjnych – psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego). Jest to istotny element w procesie ewaluacji programu pilotażowego i wypracowania docelowych rozwiązań systemowych po zakończeniu programu pilotażowego. W projekcie rozporządzenia dokonano zmiany treści § 7 i § 11, której celem jest umożliwienie włączenia do pilotażu w centrach zdrowia psychicznego zakwalifikowanych przez Ministra Zdrowia centrów zdrowia psychicznego nieposiadających własnego oddziału psychiatrycznego. Kolejne zaproponowane zmiany rozporządzenia mają na celu dostosowanie przepisów § 16 rozporządzenia do funkcjonowania centrów zdrowia psychicznego, o których mowa w § 7 ust. 2, w zakresie ustalania liczby i kwalifikacji osób wykonujących zawód medyczny w centrum zdrowia psychicznego, o którym mowa w § 7 ust. 2, oraz spełniania warunków realizacji świadczeń dotyczących osób wykonujących zawód medyczny dla ww. centrum zdrowia psychicznego. Ponadto zmianie uległa treść § 21 i § 22, której celem jest wyłączenie świadczeń opieki zdrowotnej, w których kwota ryczałtu na populację ulega pomniejszeniu przez Fundusz o wartość świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom z tej populacji przez innych świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień lub umowy o realizację programu pilotażowego. Wyłączenie wskazanych świadczeń ma na celu dostosowanie zakresów świadczeń udzielanych przez centra zdrowia psychicznego do posiadanych uprawnień i możliwości w związku z dotychczasowymi doświadczeniami podmiotów realizujących program pilotażowy. Dodatkowo w ramach niniejszego rozporządzenia dokonuje się rozszerzenia programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego o kolejne dwa podmioty.	2022 r.	pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (dziennikustaw.gov.pl)
13.01.2022	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2021	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej ma na celu dostosowanie do ustawy z dnia 20 maja	Wejście w życie 1 stycznia 2022 r.	ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 28 grudnia 2021 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w

		r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej	2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1292). Zmiany projekcie rozporządzenia w stosunku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 lutego 2021 r w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 249), dotyczą wyłącznie zmiany w załączniku do rozporządzenia. Zmiany dokonywane są w części II. Kryteria oceny inwestycji. Zmiana kryterium oceny lp. 20 polega na zastąpieniu pojęcia „priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej”, oznaczonego skrótem „PRPZ”, pojęciem określającym dokument strategiczny „plan transformacji”. Dodatkowo, w pytaniu nr 20 w części Interpretacja i wyjaśnienie znaczenia kryterium oraz sposobu oceny inwestycji, dodano dodatkowy aspekt oceny, który wskazuje, że w przypadku gdy inwestycja nie jest zawarta w krajowym lub wojewódzkim planie transformacji, a dotyczy: robót budowlanych z wyłączeniem budowy, modernizacji, termomodernizacji, prac konserwatorskich, czy restauratorskich, realizacji inwestycji, która wynika z konieczności dostosowania do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 595, z późn. zm.) i przepisów przeciwpożarowych określonych w ustawie z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. z 2021 r. poz. 869) oraz szczegółowych wytycznych znajdujących się także w rozporządzeniach do ww. ustawy, ponadto realizacji inwestycji związanych z stacją uzdatniania wody, wymianą dźwigów, czy remontów pomieszczeń technicznych, a także realizacji innych inwestycji w zakresie infrastruktury obiektów budowlanych (z wyłączeniem budowy) i infrastruktury technicznej niezbędnej do funkcjonowania podmiotu leczniczego, należy przyjąć „TAK” i przyznać maksymalną liczbę punktów. Ponadto w lp. 19 oraz lp. 27, użyte w liczbie mnogiej słowo „mapy” zastąpiono użytym w odpowiednim przypadku słowem „mapa” w liczbie pojedynczej. Ponadto, w instrukcji wypełniania wniosku, w części II. Kryterium oceny inwestycji w punkcie 1, dokonano zmian w podpunkcie 4, 9 oraz 10. W podpunkcie 4 - dotyczącym inwestycji o charakterze ponadregionalnym określenie „właściwe mapy potrzeb zdrowotnych, tj.		<u>Sektorze Zdrowia dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (dziennikustaw.gov.pl)</u>
--	--	---	---	--	--

			mapy właściwe dla województw, których inwestycja dotyczy oraz mapę ogólnopolską” zastąpiono określeniem „wyzwania systemu opieki zdrowotnej, a także rekomendowanymi kierunkami działań na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i na terenie województw”. W podpunkcie 9 słowo „mapy” zastąpiono słowem „mapę”, natomiast w podpunkcie 10 – określenie „PRPZ” zastąpiono pojęciem „plan transformacji”. Jednocześnie należy podkreślić, że interpretacja i wyjaśnienie znaczenia kryterium oraz sposobu oceny inwestycji, jak również ich opisy pozostają niezmienione. Nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.		
13.01.2022	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2021 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej ma na celu dostosowanie aktu wykonawczego do zmian wprowadzonych ustawą z dnia 20 maja 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1292). Zmiany projektowane w rozporządzeniu w stosunku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 lutego 2021 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 252), dotyczą jedynie zmiany w załączniku do rozporządzenia. Zmiany dokonywane są w części II. Kryteria oceny inwestycji i dotyczą kryteriów oceny wskazanych w lp. 8, 11 oraz 21. Polegają na zastąpieniu pojęcia „priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej”, oznaczonego skrótem „PRPZ”, pojęciem określającym dokument strategiczny „plan transformacji”. W pytaniu nr 21 dodatkowo dodano mapę potrzeb zdrowotnych jako alternatywę dla planów transformacji. W tym pytaniu, odniesienie do mapy potrzeb zdrowotnych ma miejsce wyłącznie w przypadku, gdy potencjalna inwestycja nie jest uwzględniona w krajowym lub wojewódzkim planie transformacji - należy wówczas przeanalizować mapę potrzeb zdrowotnych pod kątem tej inwestycji. Natomiast w lp. 22 oraz 27, w części interpretacja i wyjaśnienie znaczenia kryterium oraz sposobu oceny inwestycji, odpowiednio słowa „map” oraz „mapach” zastąpiono słowami „mapy” oraz „mapie”. Ponadto, w instrukcji wypełniania	Wejście w życie 1 stycznia 2022 r.	<u>ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 28 grudnia 2021 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (dziennikustaw.gov.pl)</u>

			wniosku, w części II. Kryterium oceny inwestycji w punkcie 1, podpunkt 3 w zakresie inwestycji o charakterze ponadregionalnym – odwołanie do mapy regionalnej oraz mapy ogólnopolskiej zastępuje się odwołaniem do wniosków i rekomendacji płynących z mapy potrzeb zdrowotnych. Jednocześnie należy podkreślić, że interpretacja i wyjaśnienie znaczenia kryterium oraz sposobu oceny inwestycji, jak również ich opisy pozostają niezmienione. Nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.		
13.01.2022	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego	Wprowadzenie procedury medycznej o nazwie Koherentna tomografia optyczna tętnic wieńcowych/obwodowych (OCT) do wykazu świadczeń gwarantowanych stanowi realizację przekazanego przez Prezesa Agencji opracowania analitycznego (APD) zawierającego ocenę świadczeń gwarantowanych z zakresu kardiologii ujętych w wykazach rozporządzeń w zakresach: podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna leczenie szpitalne - w aspekcie zmiany technologii medycznych (nr WS.4320.2.2020). W przedmiotowym opracowaniu zostało wskazane, że procedura OCT tętnic wieńcowych jest ujęta w obowiązującym Obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie ogłoszenia wykazu wzorcowych procedur radiologicznych z zakresu radiologii – diagnostyki obrazowej i radiologii zabiegowej, w części dotyczącej zabiegów radiologicznych z zakresu kardiologii. Tym samym biorąc pod uwagę, że Obwieszczenie jak i Rozporządzenie są to akty prawne wydane przez ministra właściwego do spraw zdrowia, wskazano zasadność wprowadzenia ujednoliconych zapisów w obu aktach. W załączniku 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 usunięcie 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	Wejście w życie 13 stycznia 2022 r.	<u>ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 28 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (dziennikustaw.gov.pl)</u>

			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.		
13.01.2022	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2021 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania	Projektowana zmiana wynika z konieczności przedłużenia o kolejne 12 miesięcy przepisu § 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania. Zgodnie z tym przepisem dopuszczono - warunkowo - możliwość stosowania dotychczasowego sposobu zgłaszania niepożądanego odczynu poszczepiennego (NOP) oraz korygowania zgłoszenia NOP, który polegał na tym, że zgłoszenie niepożądanego odczynu poszczepiennego lekarz lub felczer mógł: 1) przesyłać listem poleconym w dwóch kopertach, z których koperta wewnętrzna opatrzona jest wyraźnym adresem zwrotnym nadawcy i nadrukiem „DOKUMENTACJA MEDYCZNA”, albo 2) przesyłać za pomocą poczty elektronicznej, jeżeli pozwalają na to techniczne możliwości nadawcy i odbiorcy, w formie przesyłek kodowanych, albo 3) przekazać w zamkniętej kopercie bezpośrednio osobie upoważnionej do ich odbioru za pokwitowaniem. Ponadto, w przypadku stwierdzenia oczywistej omyłki w wypełnieniu formularza zgłoszenia właściwy państwowy powiatowy inspektor sanitarny mógł dokonać korekty formularza zgłoszenia (m.in. po uzyskaniu informacji telefonicznie). Jednakże warunkiem powyższego było to, że lekarz lub felczer nie miał możliwości zgłaszania niepożądanego odczynu poszczepiennego w postaci elektronicznej. W obecnym brzmieniu, przed zmianą, przywołany przepis ograniczał możliwość czasowo powyżej opisanego rozwiązania do 31 grudnia 2021 r. Przesunięcie terminu do dnia 31 grudnia 2022 r. jest spowodowane kontynuacją przygotowania systemowego rozwiązania pozwalającego na przekazywanie elektronicznie zgłoszonych informacji również z	Wejście z dniem 31 grudnia 2021 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2021 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania (dziennikustaw.gov.pl)

			systemów gabinetowych dla wszystkich wykonanych szczepień oraz zgłoszonych NOP. Na tej podstawie System e-zdrowie (P1) zapewni możliwość przyjmowania informacji o NOP do systemów gabinetowych. Zmiana systemowa zapewni od dnia 1 stycznia 2023 r. możliwość zgłoszenia NOP dwoma kanałami: 1) we własnym systemie, który jest zintegrowany z P1, 2) w aplikacji gabinet.gov, w przypadku jak odbiorca nie ma swojego systemu.		
13.01.2022	Ustawa	Ustawa z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw	Projekt ustawy o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw ma na celu wykreowanie jednego podmiotu, który będzie prowadził działalność w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniami. Podmiotem tym ma być Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, zwane dalej „Centrum”. Powstanie Centrum zagwarantuje skoncentrowanie realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego w kierunku profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniami w jednej jednostce organizacyjnej, jako państwowej jednostce budżetowej, utworzonej przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Centrum powstanie przez włączenie do Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii działającego na podstawie ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2019 r. poz. 852, z późn. zm.) Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych działającej na podstawie ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2019 r. poz. 2277). Istotą proponowanego rozwiązania jest wprowadzenie takiego systemu, który zwiększy efektywność działań realizowanych obecnie łączone podmioty, powierzając jednej jednostce organizacyjnej – Centrum – zagadnień związanych z szeroko rozumianym zdrowiem publicznym w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniami. Jak wynika z dotychczasowych doświadczeń i analiz, takie rozwiązanie wydaje się najbardziej optymalne w polskich realiach. Pozwoli ono na poprawę obecnie funkcjonującego w Rzeczypospolitej Polskiej rozwiązania organizacyjnego, polegającego na współpracy jednostek podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Aby zapewnić wysoki poziom zdrowia populacji, niezbędne jest skoordynowanie sposobu i zakresu realizowanej polityki publicznej ukierunkowanej na promowanie zdrowia i przeciwdziałania	Wejście w życie 1 stycznia 2022 r. z wyjątkiem art. 18, który wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.	Ustawa z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw (dziennikustaw.gov.pl)

		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 widoczności problematyki uzależnień w polityce poprawy zdrowia i bezpieczeństwa publicznego oraz lepszej koordynacji prac organów administracji publicznej (rządowej i samorządowej). W skład Rady będą wchodzić 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).		
13.01.2022	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych	Wykonanie u osoby dorosłej szczepienia przeciw grypie może przeprowadzić osoba wskazana w art. 19 ust. 5b ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, która posiada kwalifikacje określone na podstawie art. 17 ust. 10 pkt 3 tej ustawy, tj. w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 753, z późn. zm.). Brak określenia kwalifikacji w stosunku do ww. osób aktualnie ogranicza możliwość natychmiastowego przystąpienia do szczepień przeciw grypie osób dorosłych mimo nabycia uprawnień przez osoby szczepiące do szczepienia przeciw COVID-19. Projekt rozporządzenia wprowadza i określa kwalifikacje dla lekarzy dentystów, farmaceutów, fizjoterapeutów oraz diagnostów laboratoryjnych do przeprowadzania szczepień ochronnych przeciw grypie u osoby dorosłej, w związku z rozszerzeniem uprawnień zawodowych dla tych grup do kwalifikacji i podania szczepionki przeciw grypie. Osoby te będą mogły przeprowadzić to szczepienie, jeżeli spełniają warunki określone w § 6 ust. 1 rozporządzenia zmienianego (dotychczas § 6), tj.: 1) odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia lub uzyskały specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz przepisów o zawodach pielęgniarstwa i położnej, lub 2) posiadają co najmniej 6-miesięczną praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych. Alternatywnie do powyższych wymagań, przeprowadzanie szczepień przez omawianą grupy zawodowe będzie możliwe po uzyskaniu dokumentu potwierdzającego ukończenie łącznie szkolenia: 1) teoretycznego w zakresie przeprowadzania badania kwalifikacyjnego w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania szczepienia przeciw COVID-19, dostępnego na platformie e-learningowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, oraz	Wejście w życie 29 grudnia 2021 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (dziennikustaw.gov.pl)

			2) praktycznego, którego program zatwierdziło Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, obejmującego naukę podania szczepionki w postaci iniekcji domięśniowej oraz podjęcia działań w przypadku wystąpienia nagłej reakcji alergicznej lub innego stanu zagrożenia życia pacjenta następującego bezpośrednio po przeprowadzeniu szczepienia, realizowanego w warunkach symulowanych w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego lub uczelni prowadzącej kształcenie na kierunku lekarskim.		
13.01.2022	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej	Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 639) pilotaż sieci onkologicznej kończy się z dniem 31 grudnia 2021 r. Wydłużenie terminu zakończenia pilotażu jest niezbędne w celu zapewnienia ciągłości pilotażu w województwach włączonych do programu pilotażowego do czasu wejścia w życie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, której celem jest wprowadzenie rozwiązań przetestowanych w ramach programu pilotażowego w całym kraju. Projekt rozporządzenia określa datę zakończenia pilotażu na dzień 31 grudnia 2022 r. dla wszystkich ośrodków biorących udział w programie pilotażowym. Mając na uwadze, że docelowe zmiany systemowe, które zostaną wprowadzone na mocy ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, powstały na podstawie doświadczeń z pilotażu, zasadne jest więc zachowanie ciągłości modelu pilotażowego w objętych pilotażem województwach. Wydłużenie terminu zakończenia pilotażu zapewni ciągłość kompleksowej opieki nad pacjentami onkologicznymi.	Wejście w życie 18 grudnia 2021 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej (dziennikustaw.gov.pl)
13.01.2022	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień	Potrzeba wprowadzenia zmian w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285, z późn. zm.), zwanym dalej „rozporządzeniem”, jest związana z wdrażaniem reformy opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży i ma na celu usunięcie nieścisłości, doprecyzowanie przepisów oraz uwzględnienie postulatów ekspertów współpracujących z Ministerstwem Zdrowia, jak również wprowadzenia zmian pozwalających na zaplanowanie kosztów realizacji poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej. Proponowana nowelizacja wprowadza zmiany poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej określonych w załącznikach nr 1, 4 oraz 6 do rozporządzenia, jak również nadaje nowe brzmienie załącznikowi nr 8 do rozporządzenia.	Wejście w życie 1 stycznia 2022 r. z wyjątkiem § 1 pkt 8 w zakresie lp. 4 w kolumnie 3 ust. 3 pkt 3, który wchodzi w życie z dniem 1	ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 15 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (dziennikustaw.gov.pl)

			Wprowadzone w załącznikach nr 1, 4 oraz 6 do rozporządzenia modyfikacje dotyczą przede wszystkim doprecyzowania dotychczasowego brzmienia wybranych przepisów. Dzięki wprowadzonym 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 załączników 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.	września 2023 r	
13.01.2022	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu	Niniejsza regulacja wprowadza zmianę w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. poz. 491, z późn. zm.), przez dodanie obowiązku realizacji szczepień przeciwko COVID-19 przez: 1) osoby wykonujące zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711, z późn. zm.) w podmiotach wykonujących działalność leczniczą oraz osoby wykonujące czynności zawodowe w tych podmiotach, inne niż wykonywanie zawodu medycznego; 2) osoby zatrudnione oraz osoby realizujące usługi farmaceutyczne,	Wejście w życie 23 grudnia 2021 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (dziennikustaw.gov.pl)

		epidemii	zadania zawodowe lub czynności fachowe w aptece ogólnodostępnej lub punkcie aptecznym; 3) studentów kształcących się na kierunkach przygotowujących do wykonywania zawodu medycznego, o którym mowa w art. 68 ust. 1 pkt 1-8 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478, z późn. zm.). Szczepienia ochronne są skuteczną metodą zapobiegania zachorowaniom na choroby zakaźne, zarówno w wymiarze zapobiegania zachorowaniom u osoby poddanej szczepieniom ochronnym (prewencji indywidualnej), jak również kształtowania odporności całej populacji na zachorowania (prewencji zbiorowej). Warunkiem osiągnięcia odporności w skali populacji jest wysoki odsetek zaszczepionych osób, co skutecznie zapobiega szerzeniu się zachorowań na choroby zakaźne nie tylko na osoby uodpornione w drodze szczepienia. Z uwagi na kolejne fale epidemii wywołanej zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, co stanowi dodatkowe wyzwanie dla zdrowia publicznego i systemu ochrony zdrowia, proponowana interwencja jest konieczna. W czasie stanu epidemii COVID-19 zasadne jest wdrożenie działań profilaktycznych w odniesieniu do powyższych grup osób, które mają bezpośredni kontakt z pacjentami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Przy typowaniu grup osób zobowiązanych do szczepienia przeciw COVID-19 kierowano się potrzebą zabezpieczenia grup zawodowych strategicznych z punktu widzenia działania państwa w czasie pandemii, odpowiadających za funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia oraz studentów kształcących się na kierunkach przygotowujących do wykonywania zawodu medycznego, o którym mowa w art. 68 ust. 1 pkt 1-8 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, którzy również mogą uczestniczyć przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych jak również obsłudze pacjenta. Wprowadzany obowiązek należy wykonać nie później niż do dnia 1 marca 2022 r., przez zaszczepienie się szczepionkami przeciwko COVID-19 schematem podstawowym: dwoma dawkami lub jedną dawką, zależnie od charakterystyki produktu leczniczego danej szczepionki, w celu otrzymania unijnego cyfrowego zaświadczenia w rozumieniu art. 2 pkt 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/953 z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie ram wydawania, weryfikowania i uznawania interoperacyjnych zaświadczeń		
--	--	----------	---	--	--

			o szczepieniu, o wyniku testu i o powrocie do zdrowia w związku z COVID-19 (unijne cyfrowe zaświadczenie COVID) w celu ułatwienia swobodnego przemieszczania się w czasie pandemii COVID-19 (Dz. Urz. UE L 211 z 15.06.2021, str. 1). Obowiązek poddania się szczepieniu przeciwko COVID-19 ma zastosowanie także do osób, u których do dnia 1 marca 2022 r. upłynie więcej niż 6 miesięcy od uzyskania pozytywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2. Ponadto wskazać należy, że osoba legitymująca się certyfikatem o powrocie do zdrowia w związku z COVID-19, może po 30 dniach od uzyskania pozytywnego testu poddać się szczepieniu ochronnemu przeciw Covid-19. Certyfikat ozdrowieńca nie jest przeciwwskazaniem do szczepienia się, a jego termin ważności 180 dni nie ogranicza prawa do wystawienia UCC po szczepieniu przeciw Covid-19. Natomiast obowiązek ten nie będzie miał zastosowania do osób, które mają przeciwwskazania do szczepienia w zakresie stanu ich zdrowia.		
13.01.2022	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie wzorów dokumentów: Prawo wykonywania zawodu lekarza, Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry	Projektowane rozporządzenie zastępuje przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2019 r. w sprawie wzorów dokumentów: Prawo wykonywania zawodu lekarza, Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry (Dz. U. poz. 2480), wydanego na podstawie nieobowiązującego obecnie art. 6 ust. 8 ustawy. Nowelizacja ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry na nowo określiła wzory ww. dokumentów.a. Znowelizowane przepisy ustawy przewidują zastąpienie wersji papierowej dotychczasowego dokumentu pn. „Prawo wykonywania zawodu lekarza” (PWZL) i „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry” (PWZLD) nowymi dokumentami w formie kart poliwęglanowych zabezpieczonych zgodnie z wymogami dotyczącymi dokumentów publicznych. Wydanie rozporządzenia na podstawie upoważnienia zawartego w art. 7e ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, ma na celu określenie nowych wzorów PWZL i PWZLD w postaci karty poliwęglanowej o wymiarach i zabezpieczeniach podobnych do karty dowodu osobistego zabezpieczonej przed przerobieniem, podrobieniem oraz użyciem przez osobę nieuprawnioną w oparciu o nowoczesne technologie. Dotychczasowe PWZL i PWZLD stanowią papierową wersję książeczki, w której zapisywane są niezbędne adnotacje dotyczące kwalifikacji zawodowych lekarzy i lekarzy dentyistów zdobywanych w przebiegu kształcenia	Wejście w życie 22 grudnia 2022 r.	ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie wzorów dokumentów: Prawo wykonywania zawodu lekarza, Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry (dziennikustaw.gov.pl)

			poddyplomowego. Nowe PWZL i PWZLD będą określać kwalifikacje zawodowe lekarza lub lekarza dentysty na dzień wydania karty. Oczekiwanym efektem będzie możliwość bieżącego legitymowania się kartą oraz umożliwienie zainteresowanym w kraju, jak i poza jego granicami, potwierdzania kwalifikacji zawodowych konkretnego lekarza lub lekarza dentysty, przez wskazanie na karcie adresu strony internetowej Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów, w którym zamieszczane są bieżące informacje dotyczące wszystkich lekarzy. Wydawanie dokumentu PWZL oraz dokumentu PWZDL w postaci karty poliwęglanowej rozpoczynać się będzie z dniem 1 stycznia 2022 r., a dotychczasowe dokumenty PWZL oraz PWZLD będą wydawane do dnia 31 grudnia 2021 r. Jednocześnie PWZL i PWZLD wydane przed dniem wejścia w życie nowego rozporządzenia zachowują ważność, co umożliwi ich płynną wymianę nie powodując jednocześnie utraty możliwości wykonywania zawodu i nadmiernego obciążenia izb lekarskich ich wydawaniem.		
13.01.2022	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami	W związku z wprowadzeniem zawodu technika sterylizacji medycznej, jako zawodu właściwego dla ministra właściwego do spraw zdrowia, do rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz. U. z 2012 r. poz. 7, z późn. zm.) - akt archiwalny i rozpoczęcia kształcenia w tym zakresie już w 2012 r., jak również z uwagi na oczekiwania zainteresowanych środowisk, w tym Polskiego Stowarzyszenia Sterylizacji Medycznej, jest niezbędne uwzględnienie w projekcie rozporządzenia stanowisk starszego technika sterylizacji medycznej i technika sterylizacji medycznej. Jednocześnie w związku z postulatem Komitetu Protestacyjnego wyrażonym w pkt 6 „Ustań w sprawie spotkania z przedstawicielami związków zawodowych przy Regionalnych Ośrodkach Psychiatrii Sądowej, zgodnie z którym Ministerstwo Zdrowia podczas prac nad zmianą rozporządzenia w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami wprowadzi pracowników sekcji ochrony w grupie pracowników działalności podstawowej, istnieje pilna potrzeba uwzględnienia w przedmiotowym projekcie wśród pracowników działalności podstawowej stanowiska pracownika ochrony oddziału psychiatrii sądowej. Wprowadzenie stanowisk starszego technika sterylizacji medycznej i technika sterylizacji medycznej do projektu rozporządzenia wynika z	Wejście w życie 1 stycznia 2022 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (dziennikustaw.gov.pl)

		wprowadzenia zawodu technika sterylizacji medycznej, jako zawodu właściwego dla ministra właściwego do spraw zdrowia, do rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz. U. z 2012 r. poz. 7, z późn. zm. - akt archiwalny). W związku z powyższym od 1 września 2012 r. w szkołach policealnych prowadzone jest kształcenie w tym zawodzie. Absolwent szkoły kształcącej w zawodzie technik sterylizacji medycznej jest przygotowany do wykonywania następujących zadań zawodowych: kwalifikowania sprzętu i wyrobów medycznych do procesów mycia, dezynfekcji i sterylizacji, przeprowadzania mycia, dezynfekcji i sterylizacji przy użyciu odpowiednich metod, środków i urządzeń, przeprowadzania kontroli procesów mycia, dezynfekcji i sterylizacji oraz prowadzenia dokumentacji mycia, dezynfekcji i sterylizacji. Powołanie zawodu technika sterylizacji medycznej stanowiło istotny krok w dążeniu do dostosowania i ujednolicenia poziomu leczenia i bezpieczeństwa sanitarnego w dziedzinie sterylizacji i dezynfekcji do uregulowań prawnych i zaleceń zarówno polskich, jak i Unii Europejskiej. Powstanie przedmiotowego zawodu miało na celu podniesienie poziomu edukacji w tym obszarze, a w konsekwencji podniesienie jakości wykonywanych świadczeń zdrowotnych związanych z dezynfekcją i sterylizacją medyczną oraz zwiększenie bezpieczeństwa pacjenta w przedmiotowym zakresie. Potrzeba uwzględnienia w projekcie rozporządzenia technika sterylizacji medycznej związana jest również z faktem, że pozostałe zawody właściwe dla ministra właściwego do spraw zdrowia wymienione w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 15 lutego 2019 r. w sprawie ogólnych celów i zadań kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz klasyfikacji zawodów szkolnictwa branżowego (Dz. U. z 2019 r. poz. 316, z późn. zm.) ujęte są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. poz. 896). Wprowadzenie stanowisk starszego technika sterylizacji medycznej i technika sterylizacji medycznej do projektu rozporządzenia jest zgodne z oczekiwaniami zainteresowanych środowisk, w tym Polskiego Stowarzyszenia Sterylizacji Medycznej. Proponowana zmiana spowoduje, że funkcjonujące w systemie ochrony		
--	--	--	--	--

		zdrowia osoby posiadające dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie technik sterylizacji medycznej będą miały przeznaczone dla swojej grupy zawodowej stanowiska z uwzględnieniem możliwości rozwoju zawodowego po uzyskaniu określonego stażu pracy w zawodzie. Ponadto uwzględnienie tych stanowisk w części I „Pracownicy działalności podstawowej” załącznika do rozporządzenia pozwoli na stosowanie do tej grupy zawodowej przepisów ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1801) w zakresie ustalania wynagrodzenia zasadniczego. Wprowadzenie stanowiska pracownika ochrony oddziału psychiatrii sądowej stanowi realizację postulatu Komitetu Protestacyjnego, co zostało ustalone pomiędzy przedstawicielami Związków Zawodowych przy Regionalnych Ośrodkach Psychiatrii Sądowej, Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność” i Ministerstwa Zdrowia. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. poz. 896) w części III załącznika „Pracownicy gospodarczy” uwzględnia w lp. 11 pracowników ochrony, jednakże ze względu na specyfikę pracy pracowników ochrony zatrudnionych w oddziałach psychiatrii sądowej zasadnym jest wyodrębnienie stanowiska pracownika ochrony oddziału psychiatrii sądowej w części I „Pracownicy działalności podstawowej” załącznika do rozporządzenia. Pracownicy podmiotów leczniczych realizujących zadania w zakresie psychiatrii sądowej stale przebywają wśród pacjentów skierowanych na leczenie przez sąd i są narażeni na agresję z ich strony. Zadania tej grupy zawodowej polegają na zapewnieniu bezpieczeństwa pacjentom, personelowi oraz innym osobom przebywającym na terenie oddziałów psychiatrii sądowej. Pracownicy ci, m. in. muszą podejmować interwencje przeciwdziałające ucieczkom oraz zamachom wobec osób i mienia, w tym współdziałać z personelem medycznym w stosowaniu wobec pacjentów przymusu bezpośredniego. Dozorują pacjentów przebywających na terenie oddziału, pacjentów konwojowanych oraz przebywających poza oddziałem, np. podczas konsultacji lekarskich i pobytu w innych placówkach ochrony zdrowia. Przeprowadzają szczegółowe kontrole nowo przyjętych pacjentów, ich rzeczy		
--	--	--	--	--

			osobistych i pozostałych przedmiotów będących w ich posiadaniu, a także biorą udział w wywiadzie lekarskim z nowo przyjętymi pacjentami. Pracownicy ochrony oddziału psychiatrii sądowej sprawują również dozór nad pacjentem na polecenie lekarza, np. w sytuacjach kryzysowych. W załączniku w części I „Pracownicy działalności podstawowej” dodano stanowisko „Pracownik ochrony oddziału psychiatrii sądowej”, dla którego ustalono wymogi kwalifikacyjne posiadania średniego lub podstawowego wykształcenia oraz przeszkolenia zawodowego. Proponowana zmiana pozwoli wyodrębnić stanowiska przeznaczone dla pracowników ochrony zatrudnionych w oddziałach psychiatrii sądowej zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środka zabezpieczającego, mając na względzie specyfikę ich zadań związanych z zapewnianiem bezpieczeństwa pacjentom skierowanym na leczenie przez sąd, personelowi oraz innym osobom przebywającym na terenie oddziałów psychiatrii sądowej. Powyższa zmiana spowoduje również, że do tej grupy zawodowej zastosowanie będą miały przepisy ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Pozwoli to na podwyższenie wynagrodzenia zasadniczego tych pracowników, których wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, do wysokości nie niższej niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze, z uwzględnieniem warunków określonych w tej ustawie.		
12.01.2022	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie substancji wzbogacających dodawanych do	Celem projektowanego rozporządzenia jest określenie wykazu substancji innych niż witaminy i składniki mineralne zakazanych w produkcji środków spożywczych, z uwagi na konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego konsumentów. Dotyczy to w szczególności suplementów diety. Obecnie obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2007 r. w sprawie składu oraz oznakowania suplementów diety (Dz. U. z 2018 r. poz. 1951) wdraża dyrektywę 2002/46/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 10 czerwca 2002 r. w sprawie zbliżenia ustawodawstw Państw Członkowskich odnoszących się do suplementów	Konsultacje społeczne do dnia 21 stycznia 2022 r.	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

		żywności	żywnościowych (Dz. Urz. WE L 183 z 12.07.2002, str. 51; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 13, t. 29, str. 490). Zgodnie z przepisami tej dyrektywy rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2007 r. w sprawie składu oraz oznakowania suplementów diety zawiera jedynie wykaz witamin i składników mineralnych oraz ich formy chemiczne, które mogą być stosowane w produkcji suplementów diety oraz dodatkowe wymagania dotyczące ich zawartości w suplementach diety. Natomiast kwestie dotyczące obecności w suplementach diety substancji innych niż witaminy i składniki mineralne nie są regulowane przepisami unijnymi. W związku z tym do suplementów diety dodawane są różne substancje, które mogą mieć szkodliwy wpływ na zdrowie i życie konsumentów. Sprawami dotyczącymi obecności tych substancji w suplementach diety zajmuje się Zespół do spraw Suplementów Diety przy Radzie Sanitarno-Epidemiologicznej, zwany dalej „Zespołem”. W dniu 30 sierpnia 2021 r. Zespół przyjął uchwałę nr 6/2021 w sprawie niektórych substancji i surowców roślinnych niedozwolonych do stosowania w suplementach diety. Lista substancji i surowców roślinnych, które nie mogą być stosowane w suplementach diety stanowiąca załącznik nr 1 do przedmiotowej uchwały zawiera 7 substancji lub grup substancji i surowców roślinnych, które nie powinny być stosowane w suplementach diety z uwagi na konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego konsumentów. Dotyczy to następujących substancji lub grup substancji: chlorowodorek johimbiny oraz grupa johimbiny, pieprz metystynowy (<i>Piper methysticum</i>) znany również jako kava kava, pankreatyna, ibutamoren (mesylan ibutamorenu), DMAA (w szczególności określana jako: 1,3-DMAA; 1,3-dimetyloamyloamina; 1,3-dimetylopentyloamina; 2-amino-4-metyloheksan; 2-heksanamina, 4-metylo-(9CI); 4- metylo-2-heksanamina; 4-metylo-2-heksyloamina; dimetyloamyloamina; geranamina; metyloheksanamina; metyloheksanenamina), ligandrol (LGD-4033) oraz ostaryna (enobosarm). Ponadto w dniu 28 października 2021 r. Zespół przyjął uchwałę nr 9/2021 zmieniającą uchwałę nr 6/2021 z dnia 30 sierpnia 2021 r. w sprawie niektórych substancji i surowców roślinnych niedozwolonych do stosowania w suplementach diety. W związku z tą uchwałą do załącznika nr 1 uchwały nr 6/2021 dodane zostały kolejne 3 substancje, które nie powinny być stosowane w suplementach diety z uwagi na konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego konsumentów.		
--	--	----------	--	--	--

			Są to następujące substancje: andaryna, RAD-140, świerzbiec właściwy. Podstawą ww. uchwał Zespołu są dane naukowe wskazujące na zagrożenie bezpieczeństwa konsumentów w przypadku stosowania w produkcji suplementów diety substancji i surowców roślinnych objętych uchwałami. Uchwały zostały podjęte przez zespół ekspertów na podstawie aktualnej wiedzy czerpanej z literatury, działań innych krajów Unii Europejskiej (UE), czy też ze stanowisk organów UE oraz stanowią obiektywne źródło wiedzy w zakresie zagrożeń wynikających ze stosowania w produkcji suplementów diety wymienionych w nich substancji i surowców roślinnych. W związku z powyższym w projektowanym rozporządzeniu z uwagi na bezpieczeństwo konsumentów uwzględniono wszystkie substancje wymienione w ww. uchwałach Zespołu jako substancje zakazane w produkcji środków spożywczych. Tym samym substancje te będą zakazane w produkcji środków spożywczych, w tym suplementów diety, i w konsekwencji nie będą mogły być ich składnikami. Projekt rozporządzenia określa wykaz substancji innych niż witaminy i składniki mineralne zakazanych w produkcji środków spożywczych. Regulacja objęta projektem rozporządzenia odnosić się będzie do podmiotów produkujących i wprowadzających środki spożywcze, w tym przede wszystkim suplementy diety, do obrotu w Rzeczypospolitej Polskiej. Przyjęcie proponowanego rozwiązania jest uzasadnione bezpieczeństwem zdrowotnym konsumentów. Po wejściu w życie projektowanych przepisów nie będzie można wprowadzać do obrotu środków spożywczych zawierających wymienione w załączniku substancje inne niż witaminy i składniki mineralne, a środki spożywcze, głównie suplementy diety, je zawierające wprowadzone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej będą mogły pozostawać w obrocie nie dłużej niż przez 30 dni od dnia wejścia w życie rozporządzenia.		
12.01.2022	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie jednostek organizacyjnych,	Aktualizacja cennika opłat w związku ze wzrostem cen towarów i usług konsumpcyjnych, które zmieniły się znacznie od 2016 r. kiedy weszło w życie zmieniane rozporządzenie. Dostosowanie cen do warunków rynkowych. Projekt uaktualnia również nazwę Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego oraz – w związku z włączeniem Instytutu Żywności i Żywienia im. prof. dra med. Aleksandra Szczygła w struktury Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego – uchyla się w	Konsultacje społeczne do 21 stycznia 2022 r.	Projekt (legislacja.gov.pl)

		które prowadzą badania jakościowe produktów leczniczych i produktów leczniczych weterynaryjnych , oraz opłat pobieranych za te badania	§ 1 w pkt 1 lit. d.		
12.01.2022	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie komisji bioetycznej oraz Odwoławczej Komisji Bioetycznej	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie trybu powoływania oraz sposobu działania komisji bioetycznej oraz Odwoławczej Komisji Bioetycznej określa m.in. tryb powoływania komisji bioetycznej i Odwoławczej Komisji Bioetycznej, jako komisji ogólnopolskiej, oraz sposobu działania tych komisji. Dotychczas obowiązujące przepisy wykonawcze, tj. rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 maja 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznej (Dz. U. z 1999 r. poz. 480), nie odpowiadały w sposób pełny aktualnej strukturze komisji bioetycznych i obowiązującemu nazewnictwu podmiotów powołujących te komisje. Dlatego też projektowane rozporządzenie rozwiązuje wskazany problem, uwzględniając zarówno zakres podmiotów uprawnionych do powoływania komisji bioetycznych jak i właściwe, aktualnie obowiązujące nazewnictwo. Dodatkowo w odniesieniu do Odwoławczej Komisji Bioetycznej doprecyzowano wymagany termin opiniowania przez Naczelną Radę Lekarską kandydatów na członków Odwoławczej Komisji Bioetycznej oraz termin w jakim minister właściwy do spraw zdrowia jest obowiązany do powołania Odwoławczej Komisji Bioetycznej po uzyskaniu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej. W dotychczasowych przepisach brak jest również wymogów kwalifikacyjnych, jakie powinien spełniać kandydat na członka komisji bioetycznej i Odwoławczej Komisji Bioetycznej. Toteż koniecznym jest wprowadzenie przepisów umożliwiających właściwy dobór kandydatów na członków obu rodzajów komisji, poprzez doprecyzowanie kwalifikacji i doświadczenia zawodowego stosownie do rodzaju komisji bioetycznej i miejsca jej usytuowania w rozumieniu	Konsultacje społeczne do 10 stycznia 2022 r.	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

		profilu działania. Dla przykładu: komisja bioetyczna w określonym instytucie badawczym opiniuje projekty eksperymentów medycznych z reguły w konkretnej dyscyplinie naukowej, natomiast Odwoławcza Komisja Bioetyczna opiniuje projekty eksperymentów medycznych w szerokim spektrum dyscyplin w ramach dziedziny nauk medycznych i nauk o zdrowiu, które uprzednio uzyskały negatywną opinię właściwej komisji bioetycznej. Powyższe uwarunkowania nakazują wprowadzenie wyższych wymogów w zakresie kwalifikacji, poprzez wprowadzenie wymogu posiadania co najmniej stopnia naukowego doktora zawodowego wobec kandydata na członka Odwoławczej Komisji Bioetycznej. Kolejny problem – jaki powyższy projekt rozporządzenia rozwiązuje, jest wprowadzenie kadencyjności członkostwa w Odwoławczej Komisji Bioetycznej i zarazem ujednolicenia okresu kadencji na okres 4 lat dla obu rodzajów komisji – tj. Odwoławczej Komisji Bioetycznej i komisji bioetycznej. W dotychczasowych przepisach kadencyjność dotyczyła jedynie składu komisji bioetycznej i wynosiła 3 lata. W proponowanym projekcie – kadencyjność wynosi 4 lata i obejmuje oba rodzaje komisji. Wydłużenie kadencyjności do 4 lat w ocenie projektodawcy jest słuszne z uwagi również na 4-letni okres kadencyjności organów izb lekarskich, czy organów uczelni. W ten sposób projektodawca dostosowuje okres kadencyjności do powszechnie przyjętych standardów obowiązujących w ww. podmiotach (uczelnie, izby lekarskie, instytuty badawcze), zarazem stwarzając możliwość zmiany w składach komisji przez włączanie do udziału w ich pracach kolejnych przedstawicieli środowiska naukowo-medycznego czy przedstawicieli innych zawodów uprawnionych do zasiadania w składach tych komisji. Istotnym problemem, jaki został zidentyfikowany ze strony ustawodawcy była kwestia ustanowienia uprawnień dla członków Odwoławczej Komisji Bioetycznej do otrzymywania wynagrodzenia za pracę w Komisji. Jak dotąd kwestia ta nie znalazła stosownego unormowania w przepisach rangi ustawowej, jak i na poziomie przepisów wykonawczych, co stanowiło znaczące utrudnienie dla pracy Odwoławczej Komisji Bioetycznej oraz efektywności jej działań. Projektowane rozporządzenie rozwiązuje również i ten problem, określając szczegółowe podstawy do wypłaty wynagrodzenia członkom Odwoławczej Komisji Bioetycznej. Należy wskazać, że nie ma możliwości zastosowania w przedmiotowej		
--	--	--	--	--

		sprawie rozwiązań pozalegisłacyjnych. Rekomendowanym rozwiązaniem jest wykonanie upoważnienia zawartego w art. 29 ust. 26 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, tj. wydanie rozporządzenia w sprawie trybu powoływania oraz sposobu działania komisji bioetycznej oraz Odwoławczej Komisji Bioetycznej. W projektowanym rozporządzeniu określono: 1) szczegółowy tryb powoływania oraz sposób działania komisji bioetycznej oraz Odwoławczej Komisji Bioetycznej: a) w zakresie trybu powoływania komisji bioetycznej jako komisji lokalnej uwzględniono specyfikę usytuowania danej komisji, tj.: - przy okręgowej izbie lekarskiej: organem powołującym jest okręgowa rada lekarska, która powołuje komisję bioetyczną w drodze uchwały rady okręgowej izby lekarskiej, - w uczelni prowadzącej kształcenie w zakresie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu: organem powołującym jest rektor uczelni, który powołuje komisję bioetyczną w drodze zarządzenia rektora, - w instytucie badawczym nadzorowanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia: organem powołującym jest dyrektor instytutu, który powołuje komisję bioetyczną w drodze zarządzenia dyrektora instytutu, - przy instytucie Polskiej Akademii Nauk należącym do Wydziału Nauk Medycznych: organem powołującym jest dyrektor instytutu PAN, który powołuje komisję bioetyczną w drodze zarządzenia dyrektora instytutu, b) w zakresie trybu powoływania Odwoławczej Komisji Bioetycznej uwzględniono jej funkcję i rangę, wskazując, zgodnie z § 8 ust. 1, że organem powołującym jest minister właściwy do spraw zdrowia, który powołuje członków Odwoławczej Komisji Bioetycznej w drodze zarządzenia, po uprzednim zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej; 2) wzór oświadczenia kandydata do komisji bioetycznej albo Odwoławczej Komisji Bioetycznej, ze wskazaniem przez kandydata zgody na udział w pracach komisji oraz pisemnego oświadczenia o zachowaniu bezstronności i poufności (§ 1 pkt 2 projektu rozporządzenia); 3) szczegółowy sposób postępowania z wnioskiem o wyrażenie opinii o projekcie eksperymentu medycznego: a) w zakresie sposobu postępowania komisji bioetycznej oraz Odwoławczej Komisji Bioetycznej, wskazano, że zarówno komisja bioetyczna jak i Odwoławcza Komisja Bioetyczna działa w trybie		
--	--	--	--	--

			wnioskowym, b) w zakresie postępowania odwoławczego od negatywnej opinii o projekcie eksperymentu medycznego, wprowadzano tryb umożliwiający ponowne rozpatrzenie sprawy przez tę samą komisję bioetyczną, która wydała opinię negatywną, jeżeli uzna za zasadne zmianę wydanej uprzednio uchwały – na pozytywną. Termin do wydania takiej uchwały został określony na 30 dni od daty otrzymania wniosku odwoławczego. W przeciwnym wypadku, tj. utrzymaniu w mocy uchwały negatywnej, sprawa jest przekazywana do Odwoławczej Komisji Bioetycznej w celu rozpatrzenia w trybie odwoławczym. Powyższe kwestie zostały szczegółowo uregulowane w § 16–17 projektowanego rozporządzenia; 4) wysokość wynagrodzenia dla członków Odwoławczej Komisji Bioetycznej jako nieistniejącego dotychczas uprawnienia do otrzymywania wynagrodzenia – wskazano na sposób wyliczenia wysokości tego wynagrodzenia jako pochodnej od przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego w drodze obwieszczenia Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. Przysługująca wysokość jest nie wyższa niż 40% ww. wynagrodzenia za udział w posiedzeniu i została zindywidualizowana stosownie do pełnionej funkcji w \ Odwoławczej Komisji Bioetycznej.		
12.01.2022	Ustawa	Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw	Brak lub nie zawsze efektywne narzędzia związane z zapewnieniem prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w tym z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem epidemii COVID-19. Ujednolicenia wymagają przepisy dotyczące zasad przeprowadzania szczepień ochronnych, składanych raportów i sprawozdań dotyczących szczepień ochronnych. Obecnie obowiązujące przepisy nie umożliwiają pełnego monitorowania chorób zakaźnych pod względem sekwencjonowania czynnika biologicznego i identyfikacji wariantów alarmowych. Konieczne jest także wprowadzenie zmian w zakresie: 1) dokumentacji medycznej dotyczącej ochrony zdrowia psychicznego umożliwiających ich udostępnianie w postaci elektronicznej; 2) umożliwienia studentom oraz absolwentom studiów na kierunku lekarskim, lekarsko-dentystycznym oraz studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo przeprowadzanie szczepień ochronnych przeciwko COVID-19. Brak jest możliwości osiągnięcia celu projektowanych zmian za	Konsultacje społeczne do 3 stycznia 2022 r.	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

		pomocą innych środków niż interwencja ustawodawcza. Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw ma na celu wprowadzenie kolejnych instrumentów w zakresie ochrony zdrowia, które pozwolą na zapewnienie sprawnego i efektywnego działania tego systemu. Projekt ustawy zakłada dokonanie zmian w następujących ustawach: 1) z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.); 2) z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 195); 3) z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 685); 4) z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2021 r. poz. 790, z późn. zm.); 5) z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1749); 6) z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 866, z późn. zm.); 7) z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 1977, z późn. zm.); 8) z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2020 r. poz. 2050); 9) z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2020 r. poz. 2021); 10) z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2021 r. poz. 2069); 11) z dnia 25 lutego 2011 r. o substancjach chemicznych i ich mieszaninach (Dz. U. z 2020 r. poz. 2289, z późn. zm.); 12) z dnia 18 marca 2011 r. o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (Dz. U. z 2020 r. poz. 836); 13) z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 666, z późn. zm.); 14) z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 523, z późn. zm.); 15) z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z	
--	--	--	--

		2021 r. poz. 479, z późn. zm.); 16) z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. z 2021 r. poz. 268); 17) z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2021 r. poz. 553, z późn. zm.); 18) z dnia 20 maja 2016 r. o zmianie ustawy o publicznej służbie krwi oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 823, z późn. zm.); 19) z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 1297); 20) z dnia 25 maja 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1200, z późn. zm.); 21) z dnia 4 października 2018 r. o produktach kosmetycznych (Dz. U. poz. 2227); 22) z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (Dz. U. poz. 1590); 23) z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 2095, z późn. zm.); 24) z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2020 r. poz. 1291, z późn. zm.); 25) z dnia 17 września 2020 r. o zmianie ustawy o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. poz. 1899); 26) z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. poz. 1875); 27) z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych (Dz. U. poz. 2401, z późn. zm.); 28) z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2021 r. poz. 97, z późn. zm.). Przedmiotem projektu ustawy jest wprowadzenie rozwiązań w ochronie zdrowia w zakresie: 1) uelastycznienia oraz zrównania wymagań dla Państwowego Inspektora Sanitarnego, Państwowego Inspektora Farmaceutycznego, Prezesa z wymaganiami dla Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) usprawnienia procesu weryfikacji ilości oraz rodzaju przepisanych świadczeniobiorcy leków, środków spożywczych specjalnego		
--	--	---	--	--

		przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych z systemu teleinformatycznego usługodawcy lub z Systemu Informacji Medycznej; 3) rozszerzenia zakresu przedmiotowego i podmiotowego uprawnienia do bezpłatnych leków i wyrobów medycznych o osoby będące w okresie połogu; 4) umożliwienia uzyskania przez jednostki samorządu terytorialnego dofinansowania nie tylko na udzielanie świadczeń zdrowotnych określonych w wykazach świadczeń gwarantowanych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, ale również na realizację szczepień ochronnych; 5) wprowadzenia zmiany umożliwiającej Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia, racjonalne i adekwatne do zapotrzebowania kadrowe podejście do organizacji egzaminu kwalifikacyjny na stanowisko kontrolera, zgodne z potencjałem komórki organizacyjnej realizującej zadania kontrolne; 6) wprowadzenia formy elektronicznej udzielanych upoważnień i pełnomocnictw przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia; 7) terminu złożenia wniosku o wypłatę wynagrodzenia za świadczenia udzielone świadczeniobiorcom w okresie obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ponad kwotę zobowiązania; 8) umożliwienia określenia maksymalnej kwoty zobowiązania, jaką rozdysponować może świadczeniodawca podstawowej opieki zdrowotnej, przez uzupełnienie przepisów dotyczących budżetu powierzonego, wprowadzonego w art. 159 ust. 2b pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; 9) umożliwienia przyjęcia za podstawę wyliczenia kolejnego ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, na pierwsze półrocze 2022 r., odpowiednich danych sprawozdawczych za 2019 r., czyli za ostatni okres rozliczeniowy przypadający przed pandemią COVID-19; 10) nadzoru sprawowanego przez właściwych państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych na obiektami należącymi do Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu i Centralnego Biura Antykorupcyjnego oraz w stosunku do funkcjonariuszy tych służb; 11) usprawnienia procesu kierowania pacjenta do szpitala psychiatrycznego;		
--	--	--	--	--

		12) umożliwienia, osobom, które zdobyły kwalifikacje zawodowe pielęgniarstwa albo położnictwa w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii do dnia 31 grudnia 2020 r., uzyskanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarstwa albo położnictwa w Rzeczypospolitej Polskiej na zasadach obowiązujących do tego dnia; 13) dopuszczenia do odbywania specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia za zgodą dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego osób z tytułem licencjata; 14) zawężenia katalogu kanałów komunikacji, w ramach których pacjent może otrzymać informację (uproszczoną) o skierowaniu wystawionym w postaci elektronicznej oraz o wystawionych receptach; 15) obniżenia wymagań kwalifikacyjnych dla dyspozytorów medycznych; 16) prowadzenia szkoleń operatorów numerów alarmowych nie w centralnym ośrodku szkolącym a centrach powiadamiania ratunkowego, w których są zatrudnieni; 17) uchylecia przepisu o terminie obowiązywania certyfikatu operatora numerów alarmowych; 18) umożliwienia osobom przebywającym w izolacji lub kwarantannie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej bez konieczności hospitalizacji; 19) rozszerzenia uprawnień na osoby kierujące akcją w zespołach ratownictwa medycznego do prowadzenia medycznych czynności ratunkowych; 20) organu nadzoru rynku w zakresie zadań dotyczących produktów kosmetycznych, substancji chemicznych i ich mieszanin oraz produktów biobójczych 21) możliwości podpisywania elektronicznej dokumentacji medycznej innym rodzajem podpisu elektronicznego, niż dotychczas, zapewniającym autentyczność wytworzonego dokumentu; 22) wprowadzenia nowego identyfikatora pracownika medycznego odpowiadającego numerowi prawa wykonywania zawodu dla osób, które uzyskały kwalifikacje poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej i uzyskały zgodę ministra właściwego do spraw zdrowia na wykonywanie zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; 23) zmiany nazwy Systemu Monitorowania Zagrożeń na System Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych; 24) wprowadzenia nowego systemu dziedzinowego, tj. Systemu		
--	--	---	--	--

			Ewidencji Występowania Chorób Zakaźnych i Przeciwdziałania tym chorobom; 25) przesunięcia terminu przekazywania przez System Informacji Medycznej do Narodowego Funduszu Zdrowia danych niezbędnych do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnych; 26) doprecyzowania definicji technologii lekowej o wysokiej istotności klinicznej w taki sposób, że dookreślono, iż z definicji tej wyłączono technologie stosowane w ramach procedury tzw. RDTL (ratunkowego dostępu do technologii lekowej); 27) uregulowania marży leków recepturowych; 28) wprowadzenia limitów cen leków recepturowych; 29) wprowadzenia procedury zmiany podmiotu – strony decyzji refundacyjnej umożliwiającej przeniesie wydanej decyzji na inny podmiot, który wszedł w prawa i obowiązki podmiotu dotychczasowego, na rzecz którego została wydana decyzja refundacyjna; 30) przepisów regulujących możliwość wystawiania zleceń na zaopatrzenie i naprawę wyrobów medycznych w formie uproszczonej; 31) ułatwienia procesu wystawiania tzw. recept 75+ oraz tzw. recept ciąża + oraz wyrobów medycznych; 32) uregulowania zasad potwierdzania odbioru wyrobu medycznego przez świadczeniobiorcę; 33) dofinansowania kosztów związanych ze szkoleniem specjalizacyjnym w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia; 34) uchylecia obowiązku sporządzania sprawozdania z działań określonych w ustawie z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, wobec bieżącego informowania o podejmowanych działaniach; 35) wprowadzenia zmian porządkujących i dostosowujących do obowiązującego systemu prawa.		
12.01.2022	Ustawa	Projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa	W Rzeczypospolitej Polskiej na koniec 2020 r. funkcjonowało 575 szpitali publicznych rozumianych jako podmioty lecznicze udzielające świadczeń szpitalnych, funkcjonujące w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (spzoz), instytutów badawczych oraz spółek kapitałowych, w których wartość nominalna udziałów albo akcji należących do Skarbu Państwa, jednostek	Konsultacje społeczne do 18 stycznia 2022 r. (dep-dn@mz.gov.pl)	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

		samorządu terytorialnego lub uczelni medycznej stanowi co najmniej 51% kapitału zakładowego. W powyższym ujęciu nie zostały uwzględnione takie podmioty lecznicze, jak: jednostki leczenia uzdrowiskowego, podmioty świadczące usługi w trybie leczenia jednego dnia, zakłady i ośrodki rehabilitacji, zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz terapia uzależnień. Wskazane podmioty napotykać szereg bardzo istotnych czynników ograniczających ich prawidłowe funkcjonowanie. Podstawowym zjawiskiem utrudniającym rozwój szpitali jest ich pogarszająca się sytuacja finansowa, przejawiająca się głównie rosnącym zadłużeniem. Nie bez wpływu na nią pozostanie również wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 listopada 2019 roku, sygn. akt K 4/17, który de facto ograniczył katalog źródeł finansowania szpitali funkcjonujących w formie spzoz. Pogarszająca się sytuacja finansowa nie jest jedynym czynnikiem utrudniającym prawidłowe funkcjonowanie szpitali. W znacznym stopniu utrudnia je również zjawisko tzw. „wielowładztwa”, tj. pełnienia wobec szpitali funkcji podmiotów nadzorujących przez wiele różnych jednostek, głównie samorządu terytorialnego. Występowanie wielu podmiotów nadzorujących odpowiadających za funkcjonowanie poszczególnych szpitali na danym terenie nie służy również zapewnieniu kompleksowości udzielania świadczeń zdrowotnych. Zauważalną i niekorzystną dla funkcjonowania szpitali jest także nieuzasadniona konkurencja pomiędzy tymi jednostkami o pacjentów, personel medyczny oraz zasoby materialne. Zjawisko to jest nacechowane negatywnie, gdyż szpitale prowadzące działalność na tym samym terenie nie powinny powielać świadczonych usług, prowadząc de facto wobec siebie działalność konkurencyjną, a wzajemnie się w tym zakresie uzupełniać, co z punktu widzenia pacjenta zapewniłoby kompleksowość oferowanej opieki zdrowotnej. Z kolei rywalizacja o personel medyczny istotnie wpływa na zwiększenie kosztów wynagrodzeń ponoszonych przez szpitale. Nadmiarowe koszty działalności szpitali generuje także utrzymywanie nieefektywnie wykorzystywanej bazy, jak również nieuzasadnione faktycznymi potrzebami utrzymywanie przez część szpitali podwyższonej gotowości. Kolejnym czynnikiem utrudniającym funkcjonowanie i ograniczającym rozwój sektora szpitalnictwa jest jego niedoinwestowanie. Z uwagi na		
--	--	--	--	--

		skalę niezbędnych nakładów inwestycyjnych, jedynie część świadczeniodawców jest w stanie zapewnić w miejscu udzielania świadczeń szerokie spectrum badań diagnostycznych i wysoki poziom leczenia. Zdecydowany wpływ na ograniczenie możliwości inwestycyjnych szpitali ma również bardzo wysoki poziom kosztów wynagrodzeń z ubezpieczeniami społecznymi oraz kontraktami lekarskimi i pielęgniarskimi w kosztach ogółem szpitali (w spoz i instytutach badawczych średnio na poziomie prawie 60%). Dlatego też, tak istotne jest zintensyfikowanie rozwoju szpitalnictwa. Z niedoinwestowaniem wiążą się pośrednio również zasoby systemu ochrony zdrowia, które w przypadku części szpitali są niewystarczające, a w przypadku innych, nieadekwatne do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych ludności. Ponadto, ogłoszony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stan zagrożenia epidemicznego i epidemii w związku z rozprzestrzenianiem się choroby COVID-19 w jaskrawy sposób pokazał, jak trudno prowadzić skoordynowanie działania zarządcze (zarządzanie kryzysowe) w sytuacji wymuszającej długotrwałe uzgodnienia pomiędzy różnymi podmiotami nadzorującymi szpitale. Dodatkowo większa liczba tych podmiotów, przy braku jednostki koordynującej i nadzorującej kompleksowo procesy zachodzące w całym sektorze szpitalnictwa, nie sprzyja również prowadzeniu spójnej polityki w zakresie zabezpieczenia świadczeń medycznych oraz optymalnemu zabezpieczeniu potrzeb zdrowotnych, zgodnemu z Mapami Potrzeb Zdrowotnych i Planami Transformacji. Dodatkowo, w związku z brakiem jasnych wymogów określających niezbędne kwalifikacje osób mogących zarządzać podmiotami leczniczymi pojawiają się sytuacje, gdzie poziom kompetencji menedżerskich jest niewystarczający, dlatego też w celu zwiększenia profesjonalizacji kadry zarządzającej niezbędna jest jej certyfikacja. Zaznaczyć należy, że w przeszłości podejmowane były próby zreformowania sektora szpitalnictwa z uwagi na pogarszającą się sytuację finansową szpitali przejawiającą się głównie rosnącym zadłużeniem. Istotnym doświadczeniem w tym zakresie są działania przeprowadzone na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 164). Ówczesna reforma polegała na restrukturyzacji finansowej zadłużenia szpitali z tytułu zobowiązań		
--	--	--	--	--

		publiczno- i cywilnoprawnych, jak również roszczeń pracowników wynikających z tzw. „ustawy 203” (z lat 1999-2004). Udzielone wówczas przez Bank Gospodarstwa Krajowego pożyczki, co prawda spowodowały spadek zobowiązań wymagalnych w wyniku konwersji na zobowiązania długoterminowe, jednak nie poprawiły realnie sytuacji finansowej szpitali. Najwyższa Izba Kontroli, zwana dalej „NIK”, w informacji z dnia 9 maja 2016 roku o wynikach kontroli pn. „Restrukturyzacja wybranych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej korzystających z pomocy ze środków publicznych” (obejmującej okres od dnia 1 stycznia 2005 r. do dnia 31 grudnia 2014 r.) wskazała, że nie wprowadzono wówczas skutecznych mechanizmów, które motywowałyby szpitale do restrukturyzacji zapewniającej trwałą poprawę sytuacji finansowej. Mimo, że ówczesne przepisy uzależniały otrzymanie pomocy od przygotowania przez szpitale programów restrukturyzacyjnych, to nie zawierały one już narzędzi wymuszających realizację działań w nich zawartych. Pomoc nie była więc tak naprawdę warunkowana wdrożeniem działań naprawczych. Ponadto, realizacja działań restrukturyzacyjnych, jak też osiągnięcie zaplanowanych efektów nie były objęte wystarczającym monitorowaniem ani przez organy restrukturyzacyjne (województw) ani też przez podmioty tworzące. W zdecydowanej części szpitale nie wyznaczały również osób odpowiedzialnych za realizację działań restrukturyzacyjnych i monitorowanie ich efektów. Zakres przewidzianej w ustawie z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej weryfikacji został ograniczony jedynie do kwestii zgodności wydatkowania środków z ich przeznaczeniem, co nie mobilizowało wspartych szpitali do poprawy jakości zarządzania w dłuższej perspektywie, w tym do podejmowania trudnych w odbiorze społecznym wyzwań w zakresie optymalizacji zatrudnienia i wynagrodzeń. Zdaniem NIK, optymalizacja kosztów wynagrodzeń pracowników szpitali, z uwagi na ich największy udział w ogólnych kosztach działalności podmiotów leczniczych, pomimo tego iż jest trudnym wyzwaniem dla zarządzających szpitalem, to jednak ma bezpośredni wpływ na sytuację finansową. Potwierdzeniem tego jest fakt, że na poprawę sytuacji finansowej części szpitali objętych kontrolą NIK wpływ miała nie skala i zakres otrzymanego wsparcia zewnętrznego, a racjonalizacja kosztów prowadzonej działalności, w		
--	--	--	--	--

		szczegółności kosztów zatrudnienia i wynagrodzeń. W raporcie NIK wskazano, że zaciągane w ramach realizacji ówczesnej reformy kredyty i pożyczki długoterminowe tylko w nielicznych przypadkach były przeznaczane na cele rozwojowe i inwestycyjne. Znacząca część tych zobowiązań związana była z utratą płynności finansowej przez szpitale, a podejmowane działania miały na celu pozyskanie środków na spłatę długu wymagalnego. Podejmowane w tym zakresie działania jedynie w krótkim okresie poprawiały płynność finansową podmiotów, natomiast w dłuższej perspektywie takie zadłużenie stanowiło zwiększone ryzyko dla stabilności finansowej szpitali, w których nie były podejmowane skuteczne działania naprawcze. Jak stwierdziła NIK, duże znaczenie dla powodzenia procesu restrukturyzacji szpitala mają również kompetencje kadry zarządczej. Działania restrukturyzacyjne wymagają także ścisłej współpracy obu podmiotów – leczniczego oraz tworzącego. W wielu przypadkach stwarzane są jedynie pozory sprawowania nadzoru, czego przejawem jest m.in. ograniczenie zakresu otrzymywanych przez samorządy informacji wyłącznie do treści zawartych w planach i sprawozdaniach finansowych. Brak pogłębionej analizy uniemożliwia zarówno rzetelną ocenę prowadzenia gospodarki finansowej nadzorowanego podmiotu, jak również ocenę planowanych do realizacji działań naprawczych lub rozwojowych w szpitalu. Tymczasem, podmioty tworzące nie oczekiwały od szpitali podejmowania zobowiązań w zakresie prowadzenia działań restrukturyzacyjnych. Oczekiwania w tym zakresie ograniczały się jedynie do uzyskania potwierdzeń, że przekazywana pomoc została wykorzystana zgodnie z przeznaczeniem. Tym samym warunki uzyskiwania przez szpitale wsparcia, nie motywowały zarządzających tymi podmiotami do podejmowania trudnych wyzwań w zakresie restrukturyzacji. Skuteczność takich działań, z uwagi na ryzyko występowania oporu społecznego, w wielu przypadkach uzależniona była jedynie od determinacji osób kierujących szpitalami. NIK uznała również, że kluczowe dla budowania spójnego systemu ochrony zdrowia, w przypadku braku systemowych rozwiązań, jest współdziałanie samorządów na wszystkich jego szczeblach. Z informacji NIK, jako najistotniejsze obszary problemowe szpitali publicznych, wylaniają się zatem: konieczność sporządzania rzetelnych programów restrukturyzacyjnych, brak mechanizmów nadzoru, niewystarczające współdziałanie na linii szpital – podmiot tworzący,		
--	--	---	--	--

		czy brak mechanizmów mobilizujących kadrę zarządzającą szpitali do wdrażania programów restrukturyzacyjnych oraz konsekwencji niewykonania takich programów. Ponadto, wskazano na konieczność stworzenia mechanizmów regulujących kwestie zatrudnienia, kontroli płac i stwarzających możliwość budowania stałej kadry medycznej w szpitalach oraz stworzenia kadry restrukturyzacyjnej na czas przeprowadzenia działań restrukturyzacyjnych szpitali publicznych. Przeprowadzona w 2017 r. reforma systemu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanej w szpitalach nie przyniosła oczekiwanych rezultatów w zakresie poprawy dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, koncentracji świadczeń, racjonalizacji kosztów po stronie podmiotów leczniczych oraz racjonalizacji wydatków po stronie płatnika – Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „NFZ”. Wyodrębnianie w ramach wprowadzonego, systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „PSZ”, 6 poziomów zabezpieczenia szpitalnego oparte było na skomplikowanych i mało przejrzystych kryteriach, nie niosąc istotnej wartości dodanej. Wychodząc naprzeciw zidentyfikowanemu problemowi, zdecydowano się przygotować ustawę, mającą na celu osiągnięcie efektów na kilku płaszczyznach. Rozwiązania zawarte w projekcie ustawy pozwolą na optymalizację jakości leczenia i poziomu bezpieczeństwa pacjenta przez wdrożenie systemowych rozwiązań dotyczących jakości i efektów leczenia (koncentrację leczenia specjalistycznego) oraz zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń, jak również na poprawę sytuacji finansowej podmiotów szpitalnych. Projektowana regulacja ma także zapewnić prowadzenie spójnej polityki w zakresie zabezpieczenia świadczeń medycznych dzięki optymalnemu zabezpieczeniu potrzeb zdrowotnych obywateli, zgodnego z Mapami Potrzeb Zdrowotnych i Planami Transformacji. Projektowana ustawa zakłada utworzenie systemu nadzoru nad procesami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych przez powołanie instytucji – Agencji Rozwoju Szpitali, zwanej dalej również „ARS”, która będzie odpowiedzialna za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie tych procesów oraz zapewnienie rozwoju sektora szpitalnictwa. Należy zaznaczyć, iż instytucja ta będzie miała również inne zadania dotyczące podmiotów szpitalnych, takie jak organizowanie i koordynowanie wspólnych zakupów, wsparcie finansowe, merytoryczne i eksperckie. Wspierane będą również inwestycje w		
--	--	--	--	--

		szpitalach dzięki skoordynowaniu działań na rzecz rozwoju szpitalnictwa, a także skierowaniu na ten cel dodatkowych środków z różnych źródeł: budżetu państwa, funduszy unijnych, czy funduszy celowych zarządzanych przez Ministra Zdrowia. Projekt ustawy wprowadza skuteczne mechanizmy restrukturyzacyjne poprawiające rentowność szpitali i ich stabilność finansową, w tym również restrukturyzację zobowiązań tych jednostek. Proponowane rozwiązania legislacyjne mają pozwolić także na koordynację i optymalizację wykorzystania bazy materialnej systemu, uporządkowanie struktury świadczeniodawców oraz wprowadzenie mechanizmów stymulujących integrację i koordynację świadczeń szpitalnych, a co za tym idzie brak dublowania oferowanych świadczeń i eliminacja konieczności utrzymywania w części szpitali wykwalifikowanego personelu medycznego. Rozwiązania zaproponowane w projekcie ustawy pozwolą na uniknięcie konkurowania pomiędzy szpitalami o tych samych pacjentów i kontrakty z NFZ. Dzięki wykorzystaniu efektu skali przez interwencje obejmujące wszystkie podmioty szpitalne (np. wymiana sprzętu, zakupy wspólne materiałów i usług) planuje się ograniczenie kosztów funkcjonowania szpitali. Ponadto, zaprojektowane przepisy mają doprowadzić do efektywniejszego wykorzystania dostępnych zasobów kadrowych szpitali i nowoczesnej infrastruktury medycznej, a także do wzmocnienia kadry zarządzającej i popularyzacji nowoczesnych systemów, narzędzi i metod zarządzania w ochronie zdrowia, jak również certyfikacji umiejętności kadry zarządzającej. Celem wprowadzanych zmian legislacyjnych jest osiągnięcie korzyści dla pacjenta wynikających z dobrze działającego systemu leczenia szpitalnego, przede wszystkim przez dopasowanie tego systemu do struktury demograficznej i rzeczywistych potrzeb zdrowotnych ludności. Pacjenci skorzystają również na odpowiedniej alokacji nakładów finansowych oraz koncentracji świadczeń i profilowaniu szpitali, jak również ich usieciowieniu w zakresie realizowanych profili świadczeń. Koncentracja procedur wysokospecjalistycznych w ośrodkach kompetencji będzie miała na celu poprawę wyników leczenia, zwiększenie dostępności do nowoczesnych technologii i terapii medycznych oraz rozwój kadr medycznych. W zakresie PSZ proponuje się: 1. rezygnację z definiowania i wyodrębniania poziomów PSZ, na rzecz		
--	--	---	--	--

		kwifikowania wszystkich świadczeniodawców mających przynajmniej jeden tzw. profil kwalifikujący realizowany na podstawie umowy z NFZ, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie pełne lata kalendarzowe, w trybie pełnej hospitalizacji, z jednoczesnym zastrzeżeniem, że w przypadku profili zabiegowych dodatkowym kryterium kwalifikacji będzie określony minimalny udział świadczeń zabiegowych w ostatnim pełnym roku kalendarzowym, a w przypadku profilu położnictwo i ginekologia minimalna liczba odebranych porodów w tym samym okresie; 2. uproszczenie i złagodzenie zasad regulujących udzielanie przez świadczeniodawców w ramach PSZ dodatkowych rodzajów świadczeń, tj. świadczeń: a) realizowanych w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego albo izby przyjęć, b) z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii lub anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci, c) z zakresu chemioterapii lub chemioterapii – leczenie jednego dnia, d) z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych, e) z zakresu rehabilitacji leczniczej, realizowanych w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego lub stacjonarnych, f) z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanych w poradniach przyszpitalnych, g) w ramach programów lekowych, h) objętych kompleksową opieką zdrowotną; 3. wyłączenie z PSZ świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej; 4. wprowadzenie regulacji umożliwiającej, na wniosek świadczeniodawcy, dokonanie w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach PSZ zmiany polegającej na zastąpieniu określonych profili kwalifikujących odpowiadającymi im profilami świadczeń realizowanymi w trybie hospitalizacji planowej albo leczenia jednego dnia; 5. umożliwienie wszystkim świadczeniodawcom realizującym w ramach PSZ określony profil świadczeń, który nie zostałby objęty kwalifikacją na nowych zasadach, kontynuację udzielania świadczeń w ramach takiego profilu w trybie hospitalizacji planowej albo leczenia jednego dnia, na okres obowiązywania kolejnego wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do PSZ. Celem ustawy jest modernizacja i poprawa efektywności działalności oraz poprawa sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów szpitalnych,		
--	--	--	--	--

		a także wsparcie ich rozwoju, optymalizacja ich działalności, dostosowanie działalności poszczególnych podmiotów szpitalnych do potrzeb regionalnych, wprowadzanie lub ulepszanie procesowego modelu zarządzania podmiotami szpitalnymi, a w razie potrzeby naprawa ich działalności oraz restrukturyzacja ich zadłużenia na podstawie ustawy z dnia 15 maja 2015 r. – Prawo restrukturyzacyjne (Dz. U. z 2021 r. poz. 1588). Zaproponowane rozwiązania prawne mają umożliwić i wspierać modernizację oraz poprawę efektywności szpitalnictwa przez: 1. poprawę efektywności ekonomicznej podmiotów szpitalnych przez restrukturyzację zadłużenia oraz dokonanie ich ewaluacji i przypisanie do odpowiedniej kategorii, która będzie warunkowała działania rozwojowe i naprawcze jakie zostaną podjęte w poszczególnych podmiotach: a) kategoria A – podmiot szpitalny w dobrej sytuacji ekonomiczno-finansowej, który tworzy plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii A, b) kategoria B – podmiot szpitalny wymagający wdrożenia działań optymalizacyjnych, który tworzy plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii B albo w stosunku do którego wszczyna się postępowanie naprawczo-rozwojowe, na jego wniosek, c) kategoria C – podmiot szpitalny wymagający wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku do którego Prezes ARS wszczyna postępowanie naprawczo-rozwojowe, d) kategoria D – podmiot szpitalny wymagający pilnego wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku do którego Prezes ARS wszczyna postępowanie naprawczo-rozwojowe oraz uzyskuje uprawnienie do powoływania i odwoływania kierownika tego podmiotu szpitalnego; 2. zmianę profilu i dostosowanie działalności podmiotów szpitalnych do potrzeb regionalnych z uwzględnieniem efektywnego i bezpiecznego wykorzystania zasobów ludzkich w systemie ochrony zdrowia, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, map potrzeb zdrowotnych, planów transformacji oraz sieci szpitali; 3. współpracę pomiędzy podmiotami nadzorującymi oraz współpracę pomiędzy podmiotami szpitalnymi, w tym w zakresie konsolidacji funkcji medycznych i koncentracji zasobu ludzkiego oraz świadczeń; 4. utworzenie systemu nadzoru nad procesami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych przez powołanie instytucji ARS, która będzie		
--	--	---	--	--

			odpowiedzialna za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie tych procesów, a także realizację innych zadań dotyczących podmiotów szpitalnych takich jak organizowanie i koordynowanie wspólnych zakupów oraz wsparcie finansowe, merytoryczne i eksperckie; 5. podnoszenie jakości zarządzania podmiotami szpitalnymi przez certyfikację oraz rozwój kompetencji kadry menedżerskiej, a także wprowadzanie lub ulepszanie procesowego modelu zarządzania szpitalem; 6. aktualizację systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieci szpitali).		
12.01.2022	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania	Zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 666, z późn. zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem”, wynika z konieczności dostosowania systemu teleinformatycznego oraz jego modułów funkcjonujących w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne do zapisów obowiązującego rozporządzenia. Projekt rozporządzenia wprowadza zmianę w § 72 w ust. 3 rozporządzenia w zakresie terminu, w którym dysponenti zespołów ratownictwa medycznego, w tym lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, mogą prowadzić dokumentację medyczną zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069). Zgodnie z treścią obecnie obowiązującego przepisu § 72 w ust. 3 rozporządzenia – mogą to robić do dnia 31 grudnia 2021 r. W projekcie rozporządzenia wydłuża się tą możliwość do 31 grudnia 2022 r.	Skierowanie aktu do ogłoszenia 29 grudnia 2021 r.	dokument537917.docx (live.com)
12.01.2022	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowego zakresu oraz sposobu przekazywania danych	Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2012 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz sposobu przekazywania danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek, osób pobierających zasiłki przyznane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, osób ubiegających się o przyznanie emerytury lub renty oraz pracowników korzystających z urlopu bezpłatnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 1410). Zakład Ubezpieczeń Społecznych, zwany dalej „ZUS”, nie przekazuje do Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”, w odniesieniu do osób, o których mowa w art. 67 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”, (tj. osób w stosunku do	Konsultacje społeczne do 19 stycznia 2022 r. (e.wilkoszewska@mz.gov.pl)	dokument535419.pdf (legislacja.gov.pl)

		dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek, osób pobierających zasiłki przyznane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, osób ubiegających się o przyznanie emerytury lub renty oraz pracowników korzystających z urlopu bezpłatnego	których wygaś obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego, a które pobierają zasiłek przyznany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym) danych o dacie powstania i ustania ich prawa do zasiłku. Fundusz obecnie otrzymuje w odniesieniu do tej kategorii osób informację o dacie wypłaty zasiłku oraz informację o okresie, za który wypłacono zasiłek dopiero po dokonaniu przez ZUS wypłaty, co powoduje, że Fundusz nie ma aktualnych danych o statusie tych osób w okresie pobierania zasiłku. Osoby takie posiadają w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych status osoby nieuprawnionej do świadczeń. W konsekwencji: - system Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców, zwany dalej „eWUŚ”, nie potwierdza na bieżąco prawa do świadczeń tych osób (osoby takie muszą składać oświadczenia o przysługującym prawie do świadczeń lub przedstawiać dokumenty w postaci papierowej, a Fundusz jest obciążony dodatkową pracą związaną z koniecznością weryfikacji złożonych oświadczeń i dokumentów), - jest utrudniona comiesięczna weryfikacja dokonywana przez Fundusz deklaracji wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, złożonych przez te osoby. Uwzględnienie w zestawie danych przekazywanych przez ZUS do Funduszu informacji o dacie powstania i ustania prawa do zasiłku osób w stosunku do których wygaś obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego, a które pobierają zasiłek przyznany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym. Otrzymane dane pozwolą określić aktualny status tych osób w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych, co umożliwi łatwą weryfikację prawa tych osób do świadczeń opieki zdrowotnej. Znacząco zmniejszy się liczba składanych oświadczeń i dokumentów, i tym samym zmniejszy się obciążenie Funduszu wynikające z konieczności ich weryfikacji i podejmowania postępowań wyjaśniających w przypadkach budzących wątpliwości.		
12.01.2022	Uchwała Rady Ministrów	Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie przyjęcia dokumentu „Rządowy Plan Rozwoju Sektora	Celem Rządowego Planu Rozwoju Sektora Biomedycznego na lata 2021–2030, zwanego dalej „Planem”, jest osiągnięcie przez Rzeczpospolitą Polską pozycji lidera sektora biomedycznego w Europie Środkowo-Wschodniej. Sektor biomedyczny jest definiowany jako sektor strategiczny, i jako taki powinien być aktywnie wspierany przez Rząd, a realizowane inicjatywy będą ukierunkowane na koordynację działań i wsparcie budowy ekosystemu przyjaznego dla rozwoju sektora biomedycznego. Pandemia COVID-19 potwierdziła potrzebę posiadania	Planowany termin przyjęcia projektu przez RM - I kwartał 2022 r.	Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie przyjęcia dokumentu „Rządowy Plan Rozwoju Sektora Biomedycznego na lata 2021–2030” - Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów - BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa

		Biomedycznego na lata 2021–2030”	silnego krajowego sektora biomedycznego wspierającego innowacje, wykrywanie, analizowanie i monitorowanie potencjalnych zagrożeń epidemiologicznych, skoncentrowanego na pacjencie oraz uwzględniającego dynamikę środowiska cyfrowego i technologicznego. Nadrzędnymi celami Planu są: 1) poprawa bezpieczeństwa lekowego; 2) zwiększenie dostępności innowacyjnych terapii dla pacjentów; 3) poprawa stanu zdrowia pacjentów; 4) optymalizacja systemu ochrony zdrowia. Plan został zoperacjonalizowany w 4 obszarach i 11 działaniach w wymiarze czasu, nakładów i oczekiwanych efektów. Plan dotyczy potrzeb sektora ochrony zdrowia i jego realizacja skoncentrowana będzie na poszukiwaniu rozwiązań o największym potencjale komercjalizacyjnym i mającym realny wpływ na poprawę zdrowia pacjentów. Analiza sytuacji rynkowej oraz aktualnych trendów, uzupełniona przez rekomendacje czołowych interesariuszy sektora, pozwoliła na zidentyfikowanie priorytetowych kierunków rozwoju sektora biomedycznego: 1) medycyna celowana/personalizowana; 2) medycyna translacyjna, badania kliniczne i rozwiązania wspierające efektywność leczenia; 3) narzędzia diagnostyczne, terapeutyczne i wspomagające leczenie oraz rehabilitację. Realizacja Planu, przy zachowaniu koncentracji na kluczowych obszarach, wdrożeniu efektywnego systemu zarządzania i utrzymaniu kryteriów wyboru projektów koncentrujących się na konwersji projektów na rozwiązanie kluczowych problemów społecznych, pozwoli na zbudowanie pozycji naszego kraju w sektorze biomedycznym zgodnie z zaprojektowaną wizją jego rozwoju.		Rady Ministrów (kprm.gov.pl)
12.01.2022	Uchwała Rady Ministrów	Projekt uchwały Rady Ministrów zmieniającej uchwałę w sprawie przyjęcia harmonogramu wdrażania Narodowej Strategii	Przedłożenie przedmiotowego projektu uchwały ma na celu zaktualizowanie harmonogramu wdrażania Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO, Strategia) na 2021 rok, poprzez zmianę uchwały nr 169/2020 z dnia 19 listopada 2020 r. w sprawie przyjęcia harmonogramu wdrażania Narodowej Strategii Onkologicznej na 2021 r. Zgodnie z art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 26 kwietnia 2019 r. o Narodowej Strategii Onkologicznej (Dz. U. poz. 969) (ustawa), Strategia realizowana jest w oparciu o harmonogram jej wdrażania, obejmujący okres roku kalendarzowego.	Planowany termin przyjęcia projektu przez RM - IV kwartał 2021 r. - ZREALIZOWANY Rada	Projekt uchwały Rady Ministrów zmieniającej uchwałę w sprawie przyjęcia harmonogramu wdrażania Narodowej Strategii Onkologicznej na 2021 r. - Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów - BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (kprm.gov.pl)

		Onkologicznej na 2021 r.	W związku z trwającą pandemią COVID-19, realizacja części zadań uwzględnionych w harmonogramie wdrażania NSO na 2021 r. nie została rozpoczęta w wyznaczonym czasie lub wymaga kontynuacji w kolejnym roku, w związku z czym konieczne jest usunięcie tych zadań z harmonogramu na 2021 r. oraz uwzględnienie ich w harmonogramie na 2022 r. Wprowadzenie zmian we wskazanym dokumencie podyktowane jest zatem koniecznością uporządkowania informacji nt. realizowanych w ramach Strategii zadań, przy uwzględnieniu faktycznego stanu ich implementacji, zgodnie z wiedzą na IV kwartał 2021 r. Ponadto, projekt uchwały zakłada dokonanie zmiany w zakresie podziału wydatków zaplanowanych na realizację Strategii w 2021 r., polegającej na przekwalifikowaniu wydatków bieżących w wysokości 37 000 000 zł na wydatki majątkowe, w ramach łącznych nakładów przewidzianych w budżecie państwa na realizację działań określonych w Strategii w 2021 r., które wynoszą nie więcej niż 504 229 000 zł. W załączniku do projektu uchwały zostały dodane następujące zadania: 1.9. Przygotowanie rozwiązań legislacyjnych w sprawie umiejętności lekarskich, które pozwolą na certyfikowanie konkretnych czynności profilaktycznych, diagnostycznych i terapeutycznych 4.1. Przygotowanie rozwiązań legislacyjnych celem rozpoczęcia procesu szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) 13.2. Nowelizacja prawa farmaceutycznego w celu częściowego publicznego udostępnienia bazy Centralnej Ewidencji Badań Klinicznych (CEBK) 11.5. Prowadzenie programu badań w kierunku wykrywania raka płuca. W załączniku do uchwały usunięto następujące zadania: 3.2. Rozpoczęcie realizacji programów edukacyjnych i kampanii społecznych na temat korzyści zdrowotnych wynikających ze szczepienia przeciwko HPV 4.1. Rozpoczęcie procesu szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) dziewcząt w wieku dojrzewania 8.2. Rozpoczęcie prac nad opracowaniem rozwiązań w celu wdrożenia narzędzi motywacyjnych dla zespołów medycyny pracy mające na celu objęcie pracowników z grup podwyższonego ryzyka badaniami przesiewowymi 10.1. Realizacja pilotażu metod zwiększania udziału w badaniach profilaktycznych mammograficznych i cytologicznych (w wybranych województwach/regionach).	Ministrów przyjęła 31 grudnia 2021 r. w trybie obiegowym z uwagami	
--	--	--------------------------	---	--	--

			Ponadto, w załączniku do uchwały dokonano zmiany w zakresie podziału planowanych nakładów w 2021 r. (w ramach budżetu NSO), polegającej na przeniesieniu 37 000 000 zł z wydatków bieżących na wydatki majątkowe. Łączna wysokość nakładów na realizację NSO w 2021 r. wynosi 504 229 000 zł i nie ulegnie zmianie, natomiast podział wydatków będzie przedstawiał się następująco: - wydatki bieżące: zmniejszenie z 200 000 000 zł do 163 000 000 zł - wydatki majątkowe: zwiększenie z 304 229 000 do 341 229 000 zł.		
12.01.2022	Uchwała Rady Ministrów	Projekt uchwały Rady Ministrów zmieniająca uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Przebudowa i rozbudowa Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie”	Zmiana programu wieloletniego pod nazwą „Przebudowa i rozbudowa Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie”, w zakresie rzeczowo-finansowym z pozostawieniem wysokości finansowania z części 46 – Zdrowie na niezmiennym poziomie, w tym: zmiana wartości kosztorysowej inwestycji z 324 840 tys. zł do kwoty 406 891 tys. zł oraz harmonogramu finansowania Programu wieloletniego z innych źródeł niż część 46 – Zdrowie. W związku z sytuacją na rynku usług budowlanych, w celu uzyskania najlepszych efektów rzeczowych z możliwych do zapewnienia nakładów, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie (SPSK nr 1) zweryfikował możliwości realizacyjne programu i skorygował zakres rzeczowo-finansowy, koncentrując nakłady na zakończenie budowy nowego budynku G-16 (Zadanie III ul. Staszica 16). Powyższe pozwoli na właściwą realizację Programu Wieloletniego i uzyskanie zakładanego efektu w postaci stworzenia warunków do poprawy jakości udzielania świadczeń zdrowotnych i realizacji zadań dydaktyczno – naukowych SPSK Nr 1 w Lublinie przez rozbudowę w zakresie lokalizacji jednostek medycyny ratunkowej i zabiegowej, utworzenie Dziennego Ośrodka Psychiatrii i Zakładu Radioterapii oraz wyposażenie w nowoczesną aparaturę i sprzęt medyczny. Aktualizacja finansowania Programu nie zmienia wysokości nakładów z budżetu państwa. Konieczność zmian wynika z dostosowania zapisów uchwały do procedowanej ustawy budżetowej na rok 2022. Celem projektowanej uchwały Rady Ministrów jest zmiana Programu w zakresie zarówno rzeczowym jak i wartości kosztorysowej Programu. Dokonane przez Inwestora istotne zmiany zakresu rzeczowego obejmują m.in.: 1. Wydłużenie terminu realizacji zakresu Zadania I - na okres 2016-2020- z uwagi na ustalony w umowie z wykonawcą – termin zakończenia przebudowy obiektu.	Planowany termin przyjęcia projektu przez RM - IV kwartał 2021 r. - ZREALIZOWANY Rada Ministrów przyjęła 30 grudnia 2021 r. w trybie obiegowym z uwagami	Projekt uchwały Rady Ministrów zmieniająca uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Przebudowa i rozbudowa Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie” - Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów - BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (kprm.gov.pl)

		2. Wyłączenie z Programu Zadania II - w zakresie budowy nowego obiektu Polikliniki (H-11), przebudowy pozostałych powierzchni szpitalnych w kompleksie przy ul. Staszica 11 wraz z wyposażeniem - z uwagi na niewystarczające środki finansowe na realizację tego zakresu. Znaczny wzrost cen oferowanych przez podmioty uczestniczące w przetargach sprawia, że realizacja planowanego zakresu rzeczowego w ramach posiadanych środków – nie jest możliwa. Z tego względu zasadne jest przesunięcie posiadanych środków finansowych na realizację realizowanego zadania priorytetowego – budowy obiektu G-16, osiągając zamierzony cel i związany z nim efekt rzeczowy. 3.w Zadaniu III: Zmniejszenie z 10 do 8 liczby sal Bloku operacyjnego, z możliwością przystosowania jednej sali na salę hybrydową oraz jednej – na salę radiologii zabiegowej – w nowym budynku G-16 w celu koncentracji w tym obiekcie jednostek zabiegowych. Zmiana wiąże się ze zwiększeniem powierzchni sal mając na celu poprawę ich funkcjonalności, Rezygnację z 8 000 m2 przebudowy obiektów w lokalizacji przy ul. Staszica 16 w tym również starych obiektów klasztornych, wraz z zabudową dachem szklanym wirydarza oraz odstąpieniem od połączenia przejściem podziemnym obiektów szpitalnych przy Staszica 11 i 16. Środki przeznaczone na finansowanie budowy nowego budynku G-16, Uwzględnienie w zakresie rzeczowym Zadania III – zakupu wyposażenia: specjalistycznej aparatury i sprzętu medycznego ze środków POIiŚ – dla jednostek zlokalizowanych przy Staszica 16. Kwota wydatkowana w ramach projektów zostaje uwzględniona w całości w wartości Zadania III, Wyłączenie celu polegającego na dostosowaniu Kliniki Chorób Zakaźnych do wymagań przeznaczonych do leczenia osób podejrzanych o zakażenie wirusem Ebola – uzasadnia się brakiem możliwości uzyskania dodatkowych środków finansowych na realizację tego zakresu. Cel określony został w czasie zagrożenia epidemicznego wirusem Ebola. Aktualnie, biorąc pod uwagę zagrożenia związane z pandemią SARS CoV-2 oraz inne choroby wysoce zakaźne wymagające izolacji, konieczne byłoby zapewnienie zwiększonych nakładów inwestycyjnych, których Program nie uwzględnia. 4. W Zadaniu V: Rezygnacja z przebudowy i rozbudowy obiektu przy ul. Staszica 18 o powierzchni 1 088 m2 i przeznaczenie nieruchomości		
--	--	--	--	--

			do sprzedaży. - Ze względu na brak możliwości realizacji zamierzonego zakresu, ograniczonego odmową Miejskiego Konserwatora Zabytków w Lublinie oraz wyczerpaniem procedury odwoławczej w celu uzyskania decyzji lokalizacyjnej dla tego obiektu, zasadnym jest jego zbycie i przeznaczenie uzyskanych środków na dofinansowanie zadania priorytetowego, tj. G-16. Aktualizacja pozwoli na właściwą realizację Programu Wieloletniego w celu uzyskania najlepszych efektów rzeczowych z możliwych do zapewnienia nakładów i uzyskanie zakładanego efektu w postaci stworzenia warunków do poprawy jakości udzielania świadczeń zdrowotnych i realizacji zadań dydaktyczno – naukowych SPSK Nr 1 w Lublinie przez rozbudowę w zakresie lokalizacji jednostek medycyny ratunkowej i zabiegowej, utworzenie Dziennego Ośrodka Psychiatrii i Zakładu Radioterapii oraz wyposażenie w nowoczesną aparaturę i sprzęt medyczny.		
12.01.2022	Uchwała Rady Ministrów	Projekt uchwały Rady Ministrów zmieniająca uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Rozbudowa Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie i podległych jednostek w zakresie kliniczno-dydaktycznym i medycznych wdrożeń innowacyjnych”	Zmiana programu wieloletniego pod nazwą „Rozbudowa Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie i podległych jednostek w zakresie kliniczno-dydaktycznym i medycznych wdrożeń innowacyjnych”, zwanego dalej „Programem”, wynika z potrzeby aktualizacji zakresu rzeczowego Programu, zwiększenia wysokości łącznej wartości kosztorysowej Programu z kwoty 593 891 tys. zł do kwoty 595 964 tys. zł o środki własne Inwestora w kwocie 2 073 zł, tj. do łącznej wysokości 3 866 tys. zł, harmonogramu ich finansowania w latach 2019 – 2021 i w 2025 roku oraz konieczności dostosowania zapisów uchwały do procedowanej ustawy budżetowej na rok 2022. Istotą aktualizacji Programu jest: 1. Zmiana finansowania w ramach środków własnych Inwestora w zakresie: - zmniejszenia w 2019 r. z kwoty 70 tys. zł do kwoty 15 tys. zł, - zwiększenia w 2020 r. z kwoty 0 tys. zł do kwoty 12 tys. zł, - zwiększenia w 2021 r. z kwoty 181 tys. zł do kwoty 193 tys. zł, - zwiększenia w 2025 r. z kwoty 305 tys. zł do kwoty 2 409 tys. zł. 2. Zmiana wartości kosztorysowej Programu wynika z konieczności urealnienia kosztów inwestycji na podstawie rozstrzygnięć przeprowadzonych postępowań przetargowych i zawartych umów na realizację poszczególnych zadań wchodzących w zakres rzeczowy programu. 3. Zmiany w zakresie rzeczowym dotyczącym zdania nr 1. Budowa budynku kliniczno-dydaktycznego-badawczego w celu ulokowania w	Planowany termin przyjęcia projektu przez RM - IV kwartał 2021 r. - ZREALIZOWANY Rada Ministrów przyjęła 30 grudnia 2021 r. w trybie obiegowym z uwagami	Projekt uchwały Rady Ministrów zmieniająca uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Rozbudowa Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie i podległych jednostek w zakresie kliniczno-dydaktycznym i medycznych wdrożeń innowacyjnych” - Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów - BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (kprm.gov.pl)

			nim - oprócz pierwotnie zakładanych jednostek - pięciu dodatkowych jednostek klinicznych, z tego: - nowe jednostki, pierwotnie nie planowane w ramach programu: Centrum Badań Klinicznych oraz Laboratorium Mikrobiologiczne, jednostki pierwotnie zlokalizowane w ramach zadania nr 3 Rozbudowa Oddziału Klinicznego Onkologii, Chemioterapii i Immunoterapii Nowotworów z możliwością utworzenia ośrodka radioterapii: Ambulatoryjną Opiekę Onkologiczną, Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego z Fizjoterapią Onkologiczną oraz Dział Onkologicznego Leczenia Wspomagającego. Powyższe zmiany wynikają z przeprowadzonej pogłębionej analizy pod kątem funkcjonalności obiektu i potrzeb przyszłych użytkowników, przemawiają za umiejscowieniem ich w budynku kliniczno-dydaktyczno-badawczym. Jednocześnie analiza zakresu działalności przewidzianej do prowadzenia w obiekcie mającym powstać w wyniku realizacji zadania nr 3 oraz możliwości architektoniczno-urbanistycznych lokalizacji tego obiektu wskazują na znaczące ograniczenia związane z pozostawieniem w tej lokalizacji ww. jednostek. Pozostawienie ww. trzech jednostek w zadaniu nr 3 spowodowałaby znaczący wzrost jego kosztów oraz może stanowić zagrożenie dla osiągnięcia zaplanowanych efektów rzeczowych. Umieszczenie ww. jednostek klinicznych wpisują się w cele Programu i nie wpływają na zmniejszenie zakładanych efektów rzeczowych. 4. Zmniejszenie pierwotnie zakładanej powierzchni użytkowej i kubatury budynku kliniczno-dydaktyczno-badawczego bez zmiany jego funkcjonalności. Zmiany wielkości zakładanej powierzchni wynika z faktu, że przyjęta w Programie wieloletnim powierzchnia budynku była wielkością szacunkową. Już na etapie konkursu architektonicznego przeprowadzonego na początku 2020 r. dopuszczono zmiany w zakresie wielkości powierzchni do +/- 10%. W wyniku procesu uzgadniania i zatwierdzenia koncepcji architektonicznej Projektant zaproponował zmianę polegającą na zmniejszeniu powierzchni użytkowej obiektu o ponad 5000 m² (< 10%) i wg obecnych założeń ma wynosić ok. 51 000 m² natomiast kubatura - 136 000 m³. Aktualizacja Programu nie zmienia wysokości nakładów z budżetu państwa, ani okresu realizacji Programu.		
12.01.2022	Uchwała Rady Ministró	Projekt uchwały Rady Ministrów zmieniająca	Zmiana programu wieloletniego pod nazwą „Wieloletni program medyczny – rozbudowa i modernizacja Szpitala Uniwersyteckiego Nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy”, zwanego dalej „Programem”,	Planowany termin przyjęcia	Projekt uchwały Rady Ministrów zmieniająca uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego

	w	uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Wieloletni program medyczny – rozbudowa i modernizacja Szpitala Uniwersyteckiego o Nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy”	dotyczy aktualizacji harmonogramu finansowania w ramach poszczególnych źródeł finansowania tj. zmiany wysokości nakładów z budżetu państwa części 46- Zdrowie w poszczególnych latach w związku z brakiem możliwości wydatkowania przez Inwestora w pełnej wysokości środków budżetu państwa zaplanowanych na 2021 r. oraz środków realizowanych w ramach POLiŚ w związku z finalizacją projektów. Potrzeba wprowadzenia rozwiązań planowanych w projekcie wynika z konieczności zgodności Programu z projektem ustawy budżetowej na 2022 r. Celem projektowanej uchwały Rady Ministrów jest zmiana programu wieloletniego pod nazwą „Wieloletni program medyczny – rozbudowa i modernizacja Szpitala Uniwersyteckiego Nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy” w zakresie harmonogramu finansowania z części 46 – Zdrowie w latach 2021-2025. Aktualizacja harmonogramu finansowania dotyczy: Przesunięcia w poszczególnych latach środków budżetu państwa tj: a) zmniejszenie planowanej do wydatkowania w 2021 r. kwoty 129 313 tys. zł do kwoty 28 199 tys. zł, b) przesunięcie niewydatkowanej w 2021 r. kwoty w wysokości 101 114 tys. zł, z tego na: – 2023 r. - 65 241 tys. zł, – 2024 r. - 35 873 tys. zł, c. zmniejszenie planowanej do wydatkowania w 2025 r. kwoty 48 825 tys. zł do kwoty 28 167 tys. zł, tj. o 20 658 tys. zł oraz przesunięciu jej na 2024 r. Zwiększenia wysokości środków własnych Inwestora z 1 320 tys. zł do kwoty 1 337 tys. zł. Zmniejszenia środków w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko (POLiŚ) z łącznej kwoty 26 535 tys. zł, do kwoty 26 518 tys. zł, z tego: – środki POLiŚ w wysokości 20 009 tys. zł, – środki własne Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 w Bydgoszczy (SU) 2 979 tys. zł – współfinansowanie z budżetu państwa wkładu własnego w ramach POLiŚ 3 530 tys. zł. Zmiana finansowania pozwoli na właściwą realizację zadania inwestycyjnego i uzyskanie zakładanych efektów rzeczowych tj. wybudowanie nowego obiektu szpitalnego oraz modernizację	projektu przez RM - IV kwartał 2021 r. - ZREALIZOWANY Rada Ministrów przyjęła 30 grudnia 2021 r. w trybie obiegowym z uwagami	pod nazwą „Wieloletni program medyczny – rozbudowa i modernizacja Szpitala Uniwersyteckiego Nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy” - Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów - BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (kprm.gov.pl)
--	---	---	--	---	--

			wybranych jednostek w istniejących budynkach szpitala w celu zwiększenia możliwości szpitala w zakresie świadczenia kompleksowych usług medycznych, poprawy ich jakości oraz bezpieczeństwa pacjentów.		
12.01.2022	Uchwała Rady Ministrów	Projekt uchwały Rady Ministrów zmieniająca uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Centralny Zintegrowany Szpital Kliniczny – centrum medycyny interwencyjnej (etap I CZSK)	Zmiana programu wieloletniego pod nazwą „Centralny Zintegrowany Szpital Kliniczny – centrum medycyny interwencyjnej (etap I CZSK)” zwanego dalej „Programem”, dotyczy aktualizacji zakresu rzeczowego Programu oraz harmonogramu finansowania w latach w ramach poszczególnych źródeł finansowania, tj. w zakresie środków z budżetu państwa w latach 2021 i 2023, środków własnych inwestorów poniesionych do 2019 r. i w latach 2020 - 2023 r., środków Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014–2020 (POLiŚ) w latach 2020-2023. Brak możliwości wydatkowania przez Inwestora kwoty środków budżetu państwa planowanej na 2021 r. w pełnej wysokości wynika z długotrwałej procedury przetargowej związanej z wyborem Wykonawcy I etapu inwestycji, co spowodowało opóźnienie rozpoczęcia robót budowlanych, a tym samym zaburzyło przebieg Programu zgodnie z założonym planem środków budżetowych. Konieczność zmian wynika z dostosowania zapisów uchwały do procedowanej ustawy budżetowej na 2022 r. Powyższe miało wpływ na harmonogram finansowania ze środków własnych inwestorów oraz POLiŚ. Aktualizacja wprowadzona została w oparciu o realizowane i procedowane postępowania przetargowe, obecny stan zaawansowania zadania, oraz konieczności uporządkowania i dostosowania Programu do aktualnych potrzeb w zakresie oddziałów szpitalnych objętych inwestycją oraz włączenia dodatkowej działki z przeznaczeniem na przeniesienie części planowanego parkingu. W zakresie Programu niezbędna jest zmiana harmonogramu finansowania w poszczególnych latach w zakresie: 1. Środków własnych, która polega na: - zmniejszeniu środków w 2019 r. z kwoty 1 474 tys. zł do kwoty 1 467 tys. zł; - zmniejszeniu środków w 2020 r. z kwoty 1 439 tys. zł do kwoty 440 tys. zł; - zmniejszeniu środków w 2021 r. z kwoty 18 500 tys. zł do kwoty 1 013 tys. zł - zmniejszeniu środków w 2022 r. z kwoty 31 796 tys. zł do kwoty 22	Planowany termin przyjęcia projektu przez RM - IV kwartał 2021 r. - ZREALIZOWANE Rada Ministrów przyjęła 30 grudnia 2021 r. w trybie obiegowym z uwagami	Projekt uchwały Rady Ministrów zmieniająca uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Centralny Zintegrowany Szpital Kliniczny – centrum medycyny interwencyjnej (etap I CZSK) - Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów - BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (kprm.gov.pl)

		739 tys. zł; - przesunięciu niewykorzystanych środków w latach 2020 – 2022 w wysokości 27 550 tys. zł na 2023 r. 2. Środków w ramach POIiŚ dokonano zmiany zawartej umowy wydłużając okres kwalifikowalności projektu realizowanego w ramach Programu do końca 2023 r., tym samym zaktualizowano harmonogram finansowy tj.: - przesunięto niewykorzystane środki w 2020 r. w wysokości 5 625 tys. zł na kolejne lata; - zmniejszono środki w 2021 r. z kwoty 7 500 tys. zł do kwoty 3 031 tys. zł; - zwiększono środki w 2022 r. z kwoty 1 875 tys. zł do kwoty 8 219 tys. zł; - wydłużono okres realizacji projektu do 2023 r., w którym zaplanowano kwotę 3 750 tys. zł. Przedstawione zmiany nie wpływają na zmianę wysokości łącznej wartości kosztorysowej Programu i nie skutkują również zmianami łącznych wartości poszczególnych źródeł finansowania. Ponadto zaktualizowano Program, w zakresie: Uporządkowania i dostosowania do aktualnych potrzeb oddziałów szpitalnych objętych inwestycją; - zmiana nazwy z Oddział Ortopedii i Traumatologii na Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, - zmiana nazwy Oddziału Leczenia Jednego Dnia wraz z Centrum Badań Klinicznych na Oddział Leczenia Jednego Dnia, - zmiana nazwy Zintegrowane Bloki Operacyjne na Zintegrowany Blok Operacyjny z Oddziałem Pooperacyjnym, - wyodrębnienie Oddziału Radioizotopowego, - doprecyzowanie w kwestii Oddziału Chirurgii Ogólnej, - dodanie Oddziału Urologii oraz Oddziału Diabetologii i Chorób Wewnętrznych. 2. Włączenia dodatkowej działki z przeznaczeniem na przeniesienie części planowanego parkingu, w związku z obowiązującymi wytycznymi Rady Miasta Poznania w sprawie miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego. Dodatkowe miejsce, przeznaczone na parking, stanowić ma uzupełnienie pierwotnych założeń i wynikać jedynie ze względów organizacyjnych i chęci poprawy ogólnych warunków komunikacyjnych. Utworzenie dodatkowego miejsca parkowania pojazdów dla I etapu CZSK nie zwiększa ogólnej liczby		
--	--	--	--	--

			miejsc parkingowych (tj. ok. 300) ujętych w Programie. Powyższe zmiany nie powodują zmiany Wartości Kosztorysowej Inwestycji natomiast pozwolą na właściwą realizację zadania inwestycyjnego i uzyskanie zakładanego efektu w postaci stworzenia nowoczesnego obiektu szpitalnego dla celów przeniesienia i konsolidacji działalności Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu mieszczącego się przy ul. Długiej 1/2 oraz Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego UM w Poznaniu mieszczącego się w dwóch lokalizacjach – przy ul. Grunwaldzkiej 16/18 i przy ul. Przybyszewskiego 49.		
12.01.2022	Uchwała Rady Ministrów	Projekt uchwały Rady Ministrów zmieniająca uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Powstanie Śląskiego Ośrodka Kliniczno-Naukowego Zapobiegania i Leczenia Chorób Środowiskowych, Cywilizacyjnych i Wieku Podeszłego im. prof. Zbigniewa Religi”	Zmiana programu wieloletniego pod nazwą „Powstanie Śląskiego Ośrodka Kliniczno-Naukowego Zapobiegania i Leczenia Chorób Środowiskowych, Cywilizacyjnych i Wieku Podeszłego im. prof. Zbigniewa Religi” dotyczy aktualizacji Wartości Kosztorysowej Programu oraz konieczności dostosowania zapisów uchwały do procedowanej ustawy budżetowej na rok 2022. W zakresie Programu niezbędna jest aktualizacja wartości kosztorysowej Programu z kwoty 159 917 tys. zł do 159 921 tys. zł, tj. o 4 tys. zł w ramach środków inwestora. Z przyczyn niezależnych od inwestora, konieczna była modyfikacja zakresu robót budowlanych. Z Generalnym Wykonawcą podpisany został aneks zmieniający wartość umowy, a tym samym zwiększający całkowity koszt realizacji programu wieloletniego. Aktualizacja finansowania Programu nie zmienia wysokości nakładów z budżetu państwa ani okresu realizacji Programu. Konieczność zmian wynika z dostosowania przepisów uchwały do procedowanej ustawy budżetowej na rok 2022. Celem projektowanej uchwały Rady Ministrów jest zmiana Programu w zakresie wartości kosztorysowej Programu. Aktualizacja pozwoli to na właściwą realizację zadania inwestycyjnego i uzyskanie zakładanego efektu w postaci stworzenia nowoczesnego, przyjaznego pacjentom, spełniającego wszystkie wymagania rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej, ośrodka, w którym prowadzona będzie kompleksowa diagnostyka i terapia chorób wieku podeszłego, środowiskowych i cywilizacyjnych u dzieci i dorosłych.	Planowany termin przyjęcia projektu przez RM - IV kwartał 2021 r. - ZREALIZOWANY Rada Ministrów przyjęła 30 grudnia 2021 r. w trybie obiegowym z uwagami	Projekt uchwały Rady Ministrów zmieniająca uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Powstanie Śląskiego Ośrodka Kliniczno-Naukowego Zapobiegania i Leczenia Chorób Środowiskowych, Cywilizacyjnych i Wieku Podeszłego im. prof. Zbigniewa Religi” - Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów - BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (kprm.gov.pl)
10.01.2022	Ustawa	Projekt ustawy o zmianie ustawy	Projekt ustawy ma na celu zapewnienie prawidłowego, sprawnego i efektywnego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz	Planowany termin	Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej

		o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw	zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie epidemii COVID-19. Przedmiotem projektu ustawy jest wprowadzenie rozwiązań w ochronie zdrowia w zakresie: 1) nadania uprawnień do wykonywania badania kwalifikacyjnego do szczepienia zalecanego przeciw grypie u osób dorosłych przez ratownika medycznego; 2) usprawnienia procesu weryfikacji ilości oraz rodzaju przepisanych świadczeniobiorcy leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych z systemu teleinformatycznego usługodawcy lub z Systemu Informacji Medycznej; 3) rozszerzenia zakresu przedmiotowego i podmiotowego uprawnienia do bezpłatnych leków i wyrobów medycznych o osoby będące w okresie połogu; 4) umożliwienia uzyskania przez jednostki samorządu terytorialnego dofinansowania nie tylko na udzielanie świadczeń zdrowotnych określonych w wykazach świadczeń gwarantowanych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, ale również na realizację szczepień ochronnych; 5) wprowadzenia zmiany umożliwiającej Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia, racjonalne i adekwatne do zapotrzebowania kadrowe podejście do organizacji egzaminu kwalifikacyjny na stanowisko kontrolera, zgodne z potencjałem komórki organizacyjnej realizującej zadania kontrolne; 6) formy elektronicznej udzielanych upoważnień i pełnomocnictw przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia; 7) umożliwienia określenia maksymalnej kwoty zobowiązania, jaką rozdysponować może świadczeniodawca podstawowej opieki zdrowotnej, przez uzupełnienie przepisów dotyczących budżetu powierzonego, wprowadzonego w art. 159 ust. 2b pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; 8) umożliwienia przyjęcia za podstawę wyliczenia kolejnego ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, na pierwsze półrocze 2022 r., odpowiednich danych sprawozdawczych za 2019 r., czyli za ostatni okres rozliczeniowy przypadający przed pandemią COVID-19; 9) nadzoru sprawowanego przez właściwych państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych na obiektami należącymi do	przyjęcia projektu przez RM - IV kwartał 2021 r.	finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw - Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów - BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (kprm.gov.pl)
--	--	---	---	--	--

		Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu i Centralnego Biura Antykorupcyjnego oraz w stosunku do funkcjonariuszy tych służb; 10) usprawnienia procesu kierowania pacjenta do szpitala psychiatrycznego; 11) umożliwienia, osobom, które zdobyły kwalifikacje zawodowe pielęgniarki albo położnej w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii do dnia 31 grudnia 2020 r., uzyskanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki albo położnej w Rzeczypospolitej Polskiej na zasadach obowiązujących do tego dnia; 12) dopuszczenia do odbywania specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia za zgodą dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego osób z tytułem licencjata; 13) zawężenia katalogu kanałów komunikacji, w ramach których pacjent może otrzymać informację (uproszczoną) o skierowaniu wystawionym w postaci elektronicznej; 14) obniżenia wymagań kwalifikacyjnych dla dyspozytorów medycznych; 15) prowadzenia szkoleń operatorów numerów alarmowych nie w centralnym ośrodku szkolącym, a centrach powiadamiania ratunkowego, w których są zatrudnieni; 16) uchylenia przepisu o terminie obowiązywania certyfikatu operatora numerów alarmowych; 17) umożliwienia osobom przebywającym w izolacji lub kwarantannie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej bez konieczności hospitalizacji; 18) rozszerzenia uprawnień na osoby kierujące akcją w zespołach ratownictwa medycznego do prowadzenia medycznych czynności ratunkowych; 19) organu nadzoru rynku w zakresie zadań dotyczących produktów kosmetycznych, substancji chemicznych i ich mieszanin oraz produktów biobójczych; 20) możliwości podpisywania elektronicznej dokumentacji medycznej innym rodzajem podpisu elektronicznego, niż dotychczas, zapewniającym autentyczność wytworzonego dokumentu; 21) wprowadzenia nowego identyfikatora pracownika medycznego odpowiadającego numerowi prawa wykonywania zawodu dla osób, które uzyskały kwalifikacje poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej i uzyskały zgodę ministra właściwego do spraw		
--	--	--	--	--

			zdrowia na wykonywanie zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; 22) zmiany nazwy Systemu Monitorowania Zagrożeń na System Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych; 23) wprowadzenia nowego systemu dziedzicznego, tj. Systemu Ewidencji Występowania Chorób Zakaźnych i Przeciwdziałania tym chorobom; 24) przesunięcia terminu przekazywania przez System Informacji Medycznej do Narodowego Funduszu Zdrowia danych niezbędnych do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnych; 25) doprecyzowania definicji technologii lekowej o wysokiej istotności klinicznej w taki sposób, że dookreślono, iż z definicji tej wyłączono technologie stosowane w ramach procedury tzw. RDTL (ratunkowego dostępu do technologii lekowej); 26) uregulowania marży leków recepturowych; 27) wprowadzenia limitów cen leków recepturowych; 28) wprowadzenia procedury zmiany podmiotu – strony decyzji refundacyjnej umożliwiającej przeniesie wydanej decyzji na inny podmiot, który wszedł w prawa i obowiązki podmiotu dotychczasowego, na rzecz którego została wydana decyzja refundacyjna; 29) przepisów regulujących możliwość wystawiania zleceń na zaopatrzenie i naprawę wyrobów medycznych w formie uproszczonej; 30) ułatwienia procesu wystawiania tzw. recept 75+ oraz tzw. recept ciąża + oraz wyrobów medycznych; 31) uregulowania zasad potwierdzania odbioru wyrobu medycznego przez świadczeniobiorcę; 32) dofinansowania kosztów związanych ze szkoleniem specjalizacyjnym w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia; 33) uchylecia obowiązku sporządzania sprawozdania z działań określonych w ustawie z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, wobec bieżącego informowania o podejmowanych działaniach; wprowadzenia zmian porządkujących i dostosowujących do obowiązującego systemu prawa.		
20.12.20	Zarządze	Zarządzenie	Do zadań Zespołu należy opracowanie rozwiązań prawnych i	Wejście w	Zarządzenie z dnia 17 grudnia 2021 r.

21	nie Ministra Zdrowia	Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania propozycji rozwiązań prawnych i organizacyjnych regulujących pracę studentów kierunku lekarskiego i lekarsko- dentystycznego w podmiotach wykonujących działalność lecniczą - „Praca dla studenta”	organizacyjnych regulujących pracę studentów kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego w podmiotach wykonujących działalność lecniczą, w tym w szczególności: 1) zasady udziału studentów w udzielaniu świadczeń zdrowotnych poza realizacją programu kształcenia na studiach i zakres tych świadczeń; 2) zasady udziału w innych czynnościach o charakterze techniczno- administracyjnym poza realizacją programu kształcenia na studiach i zakres tych czynności.	życie 18 grudnia 2021 r.	mz.gov.pl
20.12.20 21	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecnictwa uzdrowiskowego	Obecnie termin na dostosowanie zakładów i urządzeń lecnictwa uzdrowiskowego, wskazany w § 18 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecnictwa 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 lecnictwa uzdrowiskowego powoduje zagrożenie braku spełnienia przez przedsiębiorców uzdrowiskowych wymagań w terminie określonym ww. rozporządzeniem.	Wejście w życie 18 grudnia 2021 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecnictwa uzdrowiskowego (dziennikustaw.gov.pl)

20.12.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 grudnia 2021 r. w sprawie programu pilotażowego przeglądów lekowych	Celem pilotażu jest sprawdzenie skuteczności praktycznej przeglądów lekowych w warunkach świadczenia opieki farmaceutycznej oraz sprawdzenie ich wartości klinicznej, wpływu na system opieki zdrowotnej, a w konsekwencji wypracowanie optymalnego modelu, procedur oraz standardów tego elementu opieki farmaceutycznej jako świadczenia zdrowotnego.	Wejście w życie 31 grudnia 2021 r.	ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 2 grudnia 2021 r. w sprawie programu pilotażowego przeglądów lekowych (dziennikustaw.gov.pl)
20.12.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego	Projekt rozporządzenia stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 38 ust. 7 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Ustawa z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 2401, z późn. zm.) zmieniła upoważnienie dla Ministra Zdrowia do wydania rozporządzenia, które regulować ma szczegółowy zakres informacji zawartych w zleceniu, wzór zlecenia na zaopatrzenie w postaci papierowej oraz wzór zlecenia naprawy w postaci papierowej, uwzględniając konieczność zapewnienia prawidłowego wystawiania zleceń oraz prawidłowej ich realizacji. Zgodnie z art. 30 ww. ustawy, dotychczas obowiązujące rozporządzenie ze wskazanej na wstępie podstawy [rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 sierpnia 2019 r. w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego (Dz. U. poz. 1555)], zachowuje moc do dnia wejścia w życie nowego rozporządzenia, jednak nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2021 r. Celem zapewnienia możliwości wystawiania zleceń na wyroby medyczne oraz zleceń napraw w wersji papierowej po dniu 31 grudnia 2021 r. należy wydać przedmiotowe rozporządzenie. Ponieważ nie istnieją alternatywne środki w stosunku do projektowanego rozporządzenia umożliwiające osiągnięcie zamierzonego celu wymagane jest wydanie rozporządzenia wraz ze wzorami zlecenia na wyroby i zlecenia naprawy w załącznikach do rozporządzenia. Projekt rozporządzenia powiela rozwiązania dotychczasowego rozporządzenia, o którym mowa w pkt 1 OSR.	Konsultacje społeczne do 21 grudnia 2021 r. (dep-pl@mz.gov.pl)	dokument535280.pdf (legislacja.gov.pl)
17.12.2021	Ustawa	Ustawa z dnia 2 grudnia 2021 r.	projekt dotyczy kompleksowego uzupełnienia przepisów w zakresie rozliczeń świadczeń przyznanych z Funduszu Gwarantowanych	Wejście w życie 16	Ustawa z dnia 2 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o szczególnych

		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	świadczeń Pracowniczych na rzecz ochrony miejsc pracy w ramach pomocy państwa w związku z epidemią COVID-19	grudnia 2021 r. z wyjątkiem: 1) art. 1 pkt 4, pkt 14 lit. b, pkt 15 lit. a i b oraz pkt 16, które wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, z mocą od dnia 30 czerwca 2021 r.; 2) art. 1 pkt 6–8, pkt 14 lit. a i c, pkt 15 lit. c i pkt 17, art. 4 oraz art. 9, które wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia Ogłoszenia	rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (dziennikustaw.gov.pl)
17.12.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie kwalifikacji osób	Badania kwalifikacyjne do szczepień przeciwko COVID-19 u dzieci poniżej 15 roku życia może przeprowadzić lekarz	Wejście w życie 15 grudnia 2021 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie kwalifikacji osób przeprowadzających badania kwalifikacyjne i szczepienia ochronne przeciwko COVID-19 (dziennikustaw.gov.pl)

		przeprowadzających badania kwalifikacyjne i szczepienia ochronne przeciwko COVID-19			
17.12.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie metody zapobiegania COVID-19	Możliwość szczepień przeciwko COVID-19 dzieci od 5 roku życia	Wejście w życie 15 grudnia 2021 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie metody zapobiegania COVID-19 (dziennikustaw.gov.pl)
17.12.2021	Zarządzenie Prezesa NFZ	ZARZĄDZENIE Nr 201/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 14.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19	Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 42/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 marca 2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 jest wykonaniem polecenia Ministra Zdrowia z 8 grudnia 2021 r., znak: ZPŚ.641.177.2021.JK (zmienionym poleceniem z dnia 13 grudnia 2021 r. ZPŚ.641.177.2021.JK.2) wydanego celem realizacji planowanych szczepień przeciw grypie w czasie trwania epidemii SARS-Cov-2. Zmiana zarządzenia wynika ze zmiany założeń realizacji publicznych szczepień przeciw grypie. Podmioty znajdujące się na wykazie podmiotów udzielających świadczeń w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 prowadzonym przez Narodowy Fundusz Zdrowia otrzymają środki finansowe z przeznaczeniem na finansowanie wykonania szczepień ochronnych przeciw grypie w sezonie 2021/2022 u osób objętych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie metody zapobiegania grypie sezonowej w sezonie 2021/2022 (Dz. U. poz. 1581, z późn. zm.). Na podstawie ustawy z dnia 17 listopada 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), od dnia 9 grudnia 2021 r. prawo do kwalifikacji i	Przepisy zarządzenia mają zastosowanie do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 14 grudnia 2021 r. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

			wykonania szczepienia przeciw grypie uzyskali lekarze dentyści, ratownicy medyczni, fizjoterapeuci, diagności laboratoryjni oraz farmaceuci, w związku z tym zwiększa się grono osób uprawnionych do przeprowadzenia kwalifikacji i wykonania przedmiotowych szczepień. W niniejszym zarządzeniu wprowadzono nowy produkt rozliczeniowy: 99.03.0807 Szczepienie ochronne przeciwko grypie z wykorzystaniem szczepionki zakupionej samodzielnie przez podmiot. Wartość produktu wynosi 60,30 zł (składa się na nią: koszt wykonania świadczenia 17,21 zł oraz cena szczepionki 43,09 zł. Cena szczepionki została przyjęta na podstawie urzędowej ceny hurtowej brutto sprzedaży preparatu VaxigripTetra, zawieszina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce (1 dawka), wskazanej w obowiązującym obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 października 2021 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 listopada 2021 r.) i obejmuje przeprowadzenie kwalifikacji do szczepienia wraz z wykonaniem szczepienia przez osoby uprawnione z użyciem szczepionki zakupionej samodzielnie przez podmiot. W uwagach do produktów rozliczeniowych przeznaczonych rozliczaniu przedmiotowych szczepień dookreślono, że rozliczeniu podlegają wyłącznie szczepienia prawidłowo zarejestrowane w systemie CeZ z koniecznością wskazania źródła finansowania szczepionki w e-Karcie Szczepień: publiczne - szczepienie przeciwko grypie/COVID RARS bądź publiczne - szczepienie przeciwko grypie/NFZ - Karta Szczepień określona w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r. poz. 849) prowadzonej w postaci elektronicznej w systemie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2021 r. poz. 666 i 1292). Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania i ma zastosowanie do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnych udzielanych od dnia 14 grudnia 2021 r.		
17.12.2021	Ustawa	Projekt ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie	Projekt ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych ma na celu wprowadzenie do systemu prawnego przepisów regulujących w sposób kompleksowy wykonywanie zawodu ratownika medycznego, utworzenie ram prawnych dla działania samorządu ratowników medycznych oraz zasad odpowiedzialności zawodowej ratowników medycznych.		dokument534609.docx (live.com)

		ratowników medycznych Z uwagi na brak w chwili obecnej elektronicznego rejestru ratowników medycznych nie ma możliwości precyzyjnego ustalenia liczby osób uprawnionych do wykonywania tego zawodu. Zgodnie z danymi przekazanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwanego dalej „NFZ”, liczba ratowników medycznych na dzień 1 kwietnia 2021 r. wynosiła 22 481 (liczba ta obejmuje ratowników zatrudnionych w ramach umów w rodzaju leczenie szpitalne, udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umów w rodzaju ratownictwo medyczne oraz wykonujących zawód w zespole ratownictwa medycznego u podwykonawcy). Powyższa liczba stanowi liczbę etatów lub równoważników etatów. W myśl art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o PRM”, ratownik medyczny może wykonywać zawód również w innych podmiotach, także poza systemem ochrony zdrowia. Zgodnie z danymi przekazanymi przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji (MSWiA) w Państwowej Straży Pożarnej zatrudnionych jest 900 ratowników medycznych. Z kolei w formacji: Policji – 451 ratowników medycznych, Służba Ochrony Państwa – 6 ratowników medycznych, Straż Graniczna – 35 ratowników medycznych. Natomiast zgodnie z danymi przekazanymi przez Ministra Obrony Narodowej, zwanego dalej „MON”, ratownicy medyczni wykonujący zadania zawodowe w podmiotach leczniczych będących jednostkami budżetowymi i jednostkami wojskowymi, dla których podmiotem tworzącym jest MON oraz w jednostkach podległych MON niebędących podmiotami leczniczymi wynosi ok. 2000 osób. Ratownicy medyczni wykonują zawód również w innych podmiotach wskazanych w art. 11 ust. 3 ustawy o PRM. Dużą grupę stanowią osoby, które posiadają podwójne wykształcenie (np. pielęgniarki i ratownika medycznego) oraz takie, które nie podjęły bądź zaprzestały wykonywania zawodu ratownika medycznego. Wobec powyższego wydaje się zasadne oszacowanie całkowitej liczby ratowników medycznych, którzy będą mogli ubiegać się o prawo wykonywania zawodu na poziomie około 22 481 osób. Jak wynika z danych przedstawionych powyżej ratownicy medyczni w większości są zatrudnieni w jednostkach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, zwanego dalej „systemem PRM”, w szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz zespołach ratownictwa medycznego. Wykonują oni pracę pod presją czasu, w warunkach		
--	--	--	--	--

		zagrożenia życia i zdrowia ludzkiego. Znaczenie roli ratowników medycznych w sektorze ochrony zdrowia oraz ich wpływ na bezpieczeństwo pacjentów powinny się przy tym przekładać na dbałość państwa o zapewnienie odpowiednich kwalifikacji osób przystępujących do wykonywania tego zawodu, jak również ciągle podnoszenie kwalifikacji osób już go wykonujących, stworzenie warunków reprezentacji interesów tego środowiska zawodowego, sprawowania nadzoru nad jakością wykonywania zawodu przez ratowników medycznych oraz prowadzenia rejestru osób wykonujących ten zawód. Praktyka stosowania dotychczasowych regulacji dotyczących wykonywania zawodu ratownika medycznego, zawartych w ustawie o PRM doprowadziła do uznania, że dla rozwoju zawodu ratownika medycznego jest koniecznym stworzenie możliwości, jakie daje utworzenie samorządu zawodowego oraz zebranie w jednej ustawie przepisów o największym znaczeniu dla funkcjonowania tego zawodu, z uwagi na jego rolę w systemie ochrony zdrowia. Ponadto projektowana ustawa zakłada możliwość kształcenia ratowników medycznych na studiach drugiego stopnia co pozwala na uzyskanie tytułu zawodowego magistra oraz wprowadzenie do porządku prawnego szkolenia specjalizacyjnego dla ratowników medycznych, a tym samym możliwości przystąpienia do egzaminu (PESoz) w celu uzyskania tytułu specjalisty. Ponadto, projekt ustawy zakłada wprowadzenie do porządku prawnego uprawnienia dla ratowników medycznych do skorzystania z 6-dniowego płatnego urlopu szkoleniowego. Przyznanie takiego uprawnienia ratownikom medycznym wynika wprost z treści pkt 3 porozumienia zawartego w dniu 24 września 2018 r. przez Ministra Zdrowia z Komitetem Protestacyjnym Ratowników Medycznych oraz Sekcją Krajową Pogotowia Ratunkowego i Ratownictwa Medycznego NSZZ „Solidarność”. Realizacja postanowień przedmiotowego porozumienia podlega ocenie przez środowisko ratowników medycznych i stanowi warunek dla zachowania spokoju społecznego. Projekt ustawy zawiera przepisy regulujące w sposób kompleksowy wykonywanie zawodu ratownika medycznego, w szczególności określa wymagane uprawnienia kwalifikacyjne, zasady uzyskiwania prawa wykonywania zawodu ratownika medycznego, zasady wykonywania tego zawodu, organizacji kształcenia przed i podyplomowego oraz ponoszenia odpowiedzialności zawodowej, jak również utworzenia		
--	--	--	--	--

		samorządu ratowników medycznych. Art. 17 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej stwarza możliwość utworzenia samorządu zawodowego reprezentującego osoby wykonujące zawód zaufania publicznego i sprawującego pieczę nad należyтым wykonywaniem tego zawodu w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Dlatego też projektowana regulacja wprowadza do systemu prawnego przepisy powołujące samorząd zawodowy ratowników medycznych i regulujące jego organizację, tak jak to ma miejsce w przypadku innych zawodów medycznych jak: lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki, położne, farmaceuci, diagnosty laboratoryjni i fizjoterapeuci. Zgodnie z przepisami projektu ustawy, do zadań samorządu zawodowego będzie należało między innymi: 1) sprawowanie pieczy nad należyтым i sumiennym wykonywaniem zawodu ratownika medycznego; 2) ustanawianie zasad etyki zawodowej oraz dbanie o ich przestrzeganie; 3) przyznawanie prawa wykonywania zawodu oraz uznawanie kwalifikacji ratowników medycznych uzyskanych w państwach członkowskich na podstawie ustawy o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej z dnia 22 grudnia 2015 r. (Dz. U. z 2021 r. poz. 1646); 4) wydawanie zaświadczeń potwierdzających kwalifikacje zawodowe na podstawie art. 9 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej; 5) zawieszanie i pozbawianie prawa wykonywania zawodu oraz ograniczanie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu; 6) prowadzenie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej ratowników medycznych; 7) prowadzenie postępowania w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu ratownika medycznego; 8) reprezentowanie ratowników medycznych oraz ochrona ich interesów zawodowych; 9) działanie na rzecz stałego podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez ratowników medycznych; 10) udział w ustalaniu oraz aktualizacji standardów i wytycznych w ratownictwie medycznym; 11) edukacja zdrowotna i promocja zdrowia; 12) prowadzenie rejestru ratowników medycznych oraz rejestru		
--	--	---	--	--

		ratowników medycznych tymczasowo i okazjonalnie wykonujących zawód; 13) nadzór nad doskonaleniem zawodowym ratowników medycznych; 14) współpracę z samorządami zawodów medycznych i innymi organizacjami reprezentującymi zawody medyczne w kraju i za granicą oraz organami państw członkowskich w zakresie spraw określonych w ustawie; 15) wykonywanie innych zadań określonych w odrębnych przepisach. Samorząd zawodowy będzie zorganizowany w ramach struktury ogólnokrajowej w Krajowej Izbie Ratowników Medycznych, która będzie posiadała osobowość prawną oraz określone w ustawie organy. Przynależność do samorządu będzie obowiązkowa. Nadzór nad samorządem będzie sprawował minister właściwy do spraw zdrowia. Projekt ustawy zawiera przepisy dotyczące kształcenia przeddyplomowego ratowników medycznych, które są zawarte w ustawie o PRM. Zgodnie z obowiązującymi przepisami, które zostały także przeniesione do ustawy o zawodzie ratownika medycznego i samorządzie ratowników medycznych prawo wykonywania zawodu ratownika medycznego będą posiadały osoby, na zasadzie praw nabytych, które ukończyły publiczną lub niepubliczną szkołę policealną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskały tytuł zawodowy ratownika medycznego lub ukończyły studia wyższe na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne i uzyskały tytuł zawodowy licencjata lub magistra na tym kierunku (specjalności) lub studia wyższe na kierunku studiów związanym z kształceniem w zakresie ratownictwa medycznego i uzyskały tytuł zawodowy licencjata. Obecnie obowiązujące przepisy oraz projekt ustawy zakładają także, że osoby, które rozpoczęły po roku akademickim 2018/2019 studia wyższe przygotowujące do wykonywania zawodu ratownika medycznego, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 68 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478, z późn. zm.), i uzyskają tytuł zawodowy licencjata będą miały prawo wykonywania zawodu ratownika medycznego. W celu zapewnienia ratownikom medycznym możliwości realizacji ustawicznego rozwoju zawodowego, w tym ustawowego obowiązku doskonalenia zawodowego, ustawa zapewnia im prawo do 6 dni płatnego urlopu szkoleniowego rocznie. Projekt ustawy reguluje wymagania kompetencyjne i kwalifikacyjne do		
--	--	--	--	--

		wykonywania czynności ratownika medycznego uregulowane obecnie w ustawie PRM i zobowiązuje organy ewidencyjne samorządu zawodowego do weryfikacji zgodności posiadanych kwalifikacji z wymaganiami kwalifikacyjnymi dla tego zawodu. Projekt ustawy wprowadza również instytucję jawnego rejestru pozwalającego na identyfikację ratownika medycznego i określenie jego kwalifikacji. Wykonywanie zawodu ratownika medycznego będzie możliwe po uzyskaniu prawa wykonywania zawodu ratownika medycznego oraz uzyskaniu wpisu do rejestru ratowników medycznych. Prawo wykonywania zawodu będzie wydawała Krajowa Rada Ratowników Medycznych, będąca organem samorządu ratowników medycznych. Ważnym elementem projektu ustawy, wywierającym wpływ na bezpieczeństwo pacjenta jest stworzenie także możliwości skutecznego pociągnięcia do odpowiedzialności zawodowej osoby wykonującej zawód ratownika medycznego w przypadku nienależytego lub nierzetelnego przestrzegania obowiązku wykonywania czynności zawodowych zgodnie z określonymi w ustawie zasadami wykonywania zawodu ratownika medycznego oraz zasadami etyki zawodowej, do których określenia będzie uprawniony samorząd ratowników medycznych. Przewidywanym efektem wprowadzenia przedmiotowych rozwiązań będzie zintegrowanie środowiska zawodowego, samodzielność w określaniu potrzeb i dalszego rozwoju tego zawodu, efektywniejsza współpraca z tym środowiskiem zawodowym, sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu ratownika medycznego. W efekcie długofalowym projektowana regulacja ma się przełożyć na poprawę jakości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez ratowników medycznych, a co za tym bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów. Projekt ustawy określa, na takich samych zasadach jak obecnie, kształcenie przeddyplomowe przygotowujące do wykonywania zawodu ratownika medycznego. Natomiast kształcenie podyplomowe zostało uaktualnione i doprecyzowane. W obecnie obowiązujących regulacjach ratownik medyczny ma prawo i obowiązek pogłębiania i aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych, w tym przez uczestnictwo w kursie doskonalącym, celem aktualizacji posiadanego zasobu wiedzy oraz stałego doksztalcania się w zakresie nowych osiągnięć. W projekcie ustawy przyjęto zasadę, że ratownik medyczny ma prawo do ustawicznego rozwoju zawodowego, w tym obowiązek doskonalenia zawodowego przez aktualizację wiedzy i umiejętności zawodowych.		
--	--	--	--	--

			Ustawiczny rozwój zawodowy może być realizowany przez kształcenie podyplomowe lub doskonalenie zawodowe. Zaproponowane w projekcie rozwiązania dotyczące szkolenia specjalizacyjnego i uzyskiwania tytułu specjalisty w danej dziedzinie ochrony zdrowia są oparte na dotychczasowym systemie szkolenia specjalizacyjnego. Ponadto, projekt ustawy zakłada wprowadzenie kursów kwalifikacyjnych dla ratowników medycznych, dzięki którym nabędą oni dodatkowe kwalifikację niewynikającą z kształcenie przeddyplomowego.		
17.12.2021	Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Rady Ministrów zmieniającego rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii	W projekcie przewiduje się modyfikacje: 1) umożliwiające przekraczanie granicy Rzeczypospolitej Polskiej stanowiącej granicę zewnętrzną Unii Europejskiej bez konieczności posiadania negatywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 przez osoby: a) reprezentujące szeroko pojęty sektor transportu międzynarodowego, co ma na celu przeciwdziałanie ewentualnemu wystąpieniu istotnych trudności (opóźnień) w realizacji usług międzynarodowego transportu towarów i osób, z uwagi na potencjalny brak wykonania przez pracowników transportu ww. testów diagnostycznych w kierunku SARS-CoV-2, w terminie określonym w § 2a; przepis ten wpłynie pozytywnie na funkcjonowanie transportu umożliwiając niezakłóconą realizację usług międzynarodowego transportu osób i towarów oraz zobowiązań międzynarodowych w tym obszarze, b) które przystępują do egzaminu ósmoklasisty, egzaminu maturalnego, egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie lub egzaminu zawodowego, przeprowadzanych przez okręgowe komisje egzaminacyjne, oraz opiekunów tych osób, co jest uzasadnione z uwagi na planowane przeprowadzenie przez Okręgowe Komisje Egzaminacyjne egzaminów potwierdzających kwalifikacje w zawodzie a także egzaminu zawodowego w sesji zimowej, która rozpoczyna się 10 stycznia 2022 r. c) dzieci, które nie ukończyły 5. roku życia; 2) umożliwiające wykonanie na lotnisku w terminie 3 godzin od momentu przekroczenia granicy, testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2, którego negatywny wynik stanowi przesłankę zwolnienia z obowiązku odbycia obowiązkowej kwarantanny dla osób przekraczających granicę Rzeczypospolitej Polskiej stanowiącą granicę zewnętrzną Unii Europejskiej, co ma zapewnić płynność ruchu pasażerów na terenie lotnisk, jak również możliwość wykonywania	Planowany termin przyjęcia projektu przez RM - IV kwartał 2021 r.	Projekt rozporządzenia Rady Ministrów zmieniającego rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii - Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów - BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (kprm.gov.pl)

			testów przez osoby, o których mowa w § 2a rozporządzenia zmieniającego, w różnych miejscach (tj. w kraju, z którego rozpoczyna się podróż, na terenie lotniska przed odprawą graniczną albo na terenie lotniska po odprawie granicznej w terminie 3 godzin od momentu przekroczenia granicy) w celu zmniejszenia ryzyka tworzenia skupisk ludzkich; 3) zapewniające większą wewnętrzną spójność rozporządzenia polegające na doprecyzowaniu przepisu dotyczącego konieczności posiadania negatywnego wyniku testu w kierunku SAR-CoV-2 w sytuacji przekraczania granicy Rzeczypospolitej Polskiej stanowiącej granicę zewnętrzną Unii Europejskiej podczas podróży rozpoczętej z terytorium określonych krajów; 4) polegające na zmniejszeniu limitu widzów lub słuchaczy (z 50% do 30% liczby miejsc), którzy są uprawnieni do korzystania z prowadzonej przez przedsiębiorców w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2021 r. poz. 162 i 2105) oraz przez inne podmioty działalności twórczej związanej z wszelkimi zbiorowymi formami kultury i rozrywki (ujętej w Polskiej Klasyfikacji Działalności w dziale 90.0) oraz działalności zespołów muzycznych; 5) umożliwiające wykonywanie działalności polegającej na prowadzeniu dyskotek, klubów nocnych i miejsc do tańczenia w dniu 31 grudnia br. i w dniu 1 stycznia 2022 r., przy zastrzeżeniu zachowania limitu osób mogących korzystać z tej działalności.		
14.12.2021	Obwieszczenie Ministra Zdrowia	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2021 r. w sprawie minimalnej liczby miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych, maksymalnej kwoty dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego oraz	- minimalna liczba miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych rozpoczynających specjalizację w 2022 r. wynosi 2 525; - maksymalna kwota dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego dla specjalizacji rozpoczynających się w 2022 r. wynosi 3 950 zł; - maksymalna kwota przeznaczona na szkolenia specjalizacyjne w 2022 r. wynosi 10 000 000 zł.		Obwieszczenie z dnia 13 grudnia 2021 r. (mz.gov.pl)

		maksymalnej kwoty przeznaczonej na szkolenia specjalizacyjne w 2022 r.			
13.12.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”	Stan zagrożenia epidemicznego, a następnie stan epidemii powodujący liczne zakażenia wirusem SARS-CoV-2, w tym związana z nim zmiana stylu życia, wpłynęły przede wszystkim na ograniczenie aktywności fizycznej oraz wzrost natężenia stresu, potęgując przy tym ryzyko zachorowania na najczęstsze choroby tzw. cywilizacyjne, takie jak choroby układu krążenia czy choroby metaboliczne. Dlatego też mając na uwadze konsekwencje jakie niesie obecna sytuacja epidemiczna zasadne jest wydłużenie etapu realizacji programu pilotażowego, który pozwoli na powszechne objęcie świadczeniobiorców od 40. roku życia profilaktyczną diagnostyką laboratoryjną w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych. Wprowadzenie zmian w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” (Dz. U. poz. 1081), wynika z konieczności: 1) wydłużenia etapu realizacji o kolejne 6 miesięcy, tj. do dnia 30 czerwca 2022 r.; 2) wydłużenia etapu ewaluacji programu pilotażowego, trwającego 3 miesiące od dnia zakończenia etapu realizacji programu pilotażowego. Termin, w którym Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „NFZ”, dokonuje oceny wyników programu pilotażowego wydłużono do dnia 30 września 2022 r.; 3) dodania w załączniku nr 1 do rozporządzenia „Wykaz świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach programu pilotażowego, szczegółowe kryteria kwalifikacji świadczeniobiorców oraz warunki organizacji i realizacji programu pilotażowego, w tym dotyczące personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną” w kolumnie „Warunki organizacji i realizacji programu pilotażowego” do obecnego personelu medycznego oprócz lekarza, felczera, pielęgniarki także położną, diagnostę laboratoryjny lub ratownika medycznego.	Wejście w życie 11 grudnia 2021 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” (dziennikustaw.gov.pl)
13.12.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 2021	W związku z art. 79 ustawy z dnia 11 września 2019 r. o pracy na statkach rybackich (Dz. U. poz. 2197) zaistniała konieczność ponownego określenia wymogów w sprawie apteczek okrętowych i apteczek medycznych na statkach morskich oraz wzoru karty zdrowia	Wejście w życie 24 grudnia 2021 r.	ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 10 grudnia 2021 r. w sprawie apteczek okrętowych i apteczek medycznych oraz wzoru

		r. w sprawie apteczek okrętowych i apteczek medycznych oraz wzoru karty zdrowia dla marynarza na statku morskim	dla marynarza na statku morskim, a tym samym wydania nowego rozporządzenia na podstawie art. 72 ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o pracy na morzu (Dz. U. z 2020 r. poz. 1353, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o pracy na morzu”, w miejsce dotychczasowego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 2015 r. w sprawie apteczek okrętowych i apteczek medycznych oraz wzoru karty zdrowia dla marynarza na statku morskim (Dz. U. poz. 2106). Projekt rozporządzenia określa wymagania dotyczące wyposażenia apteczek okrętowych w odpowiednie rodzaje i ilości produktów leczniczych, wyrobów medycznych i odtrutek oraz ich ewidencjonowania, a także wymagania dotyczące wyposażenia środków ratunkowych w apteczki medyczne, odpowiednie rodzaje i ilości produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz ich ewidencjonowania. W stosunku do dotychczasowego rozporządzenia w projekcie rozporządzenia usunięto odniesienia do statków rybackich z uwagi na fakt, że ustawa o pracy na morzu – po wejściu w życie ustawy z dnia 11 września 2019 r. o pracy na statkach rybackich – reguluje kwestie pracy wyłącznie na statkach handlowych. Natomiast art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. o pracy na statkach rybackich wskazuje, że do wyposażenia apteczki okrętowej, jej przechowywania, kontrolowania, wymiany oraz ewidencjonowania jej zawartości stosuje się odpowiednio przepisy o pracy na morzu. Zatem przedmiotowy projekt zastosowanie będzie miał również do statków rybackich. Projekt zakłada konieczność wdrożenia przepisów dyrektywy Komisji (UE) 2019/1834 z dnia 24 października 2019 r. zmieniającej załączniki II i IV do dyrektywy Rady 92/29/EWG w odniesieniu do nowych wymagań dotyczących wyposażenia apteczek okrętowych w odpowiednie produkty lecznicze i wyroby medyczne, według grup wskazań terapeutycznych w odniesieniu do określonych rodzajów statków oraz odpowiednie rodzaje odtrutek, w jakie wyposaża się apteczki okrętowe wynikających ww. dyrektywy. W projekcie rozporządzenia określono także wzór ewidencji produktów leczniczych, wyrobów medycznych i odtrutek (załącznik nr 4 do rozporządzenia).		karty zdrowia dla marynarza na statku morskim (dziennikustaw.gov.pl)
13.12.2021	Zarządzenie Prezesa	Projekt zarządzenia zmieniającego	Niniejszy projekt zmiany zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w	Uwagi i opinie do 24 grudnia	Projekty zarządzeń / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie

	NFZ	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	zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, stanowi wykonanie upoważnienia zamieszczonego w art. 146 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz.1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”. Zgodnie z ww. upoważnieniem Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia został zobowiązany do określenia przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zmiany w zarządzeniu polegają na wprowadzeniu nowych rozwiązań w zakresie finansowania fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej. Wprowadzone zmiany są zgodne z opracowaniem Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Powyższa zmiana nadała nowe brzmienie załącznikowi nr 1m i 1n do zarządzenia. Nowe rozwiązania w fizjoterapii ambulatoryjnej polegają na zmianie produktów rozliczeniowych, które zostały pogrupowane i nadano im nowe warunki rozliczenia. Zmieniono również sposób rozliczania fizjoterapii domowej poprzez wyszczególnienie dwóch produktów rozliczeniowych, których identyfikacja i zastosowanie wynika z czasu poświęconego pacjentowi stanowiącego podstawę do rozliczenia. Ponadto dokonano wzrostu wartości punktowej o 76% dla wizyty fizjoterapeutycznej w warunkach ambulatoryjnych i o 96% dla wizyty fizjoterapeutycznej w warunkach domowych. Adekwatnie do zmieniającego się stanu epidemii zwiększeniu o 24% uległa również wizyta fizjoterapeutyczna z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych. W związku z powyższym nadano nowe brzmienie załącznikowi nr 1n do zarządzenia. Skutek finansowy dla ww. zmian będzie powodował wzrost wydatków po stronie publicznego płatnika w wysokości około 213 mln zł. Powyższe zmiany wpisują się w kluczowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia cele określone w Strategii na lata 2019-2023 jak: (cel 2) Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz (cel 5) Poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej. Zarządzenie zostało przedstawione do konsultacji zewnętrznych na okres 14 dni. Zarządzenie zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.), zostało przedstawione do konsultacji	2021 r. (rehabilitacja.dsoz@nfz.gov.pl)	Polaków
--	-----	---	---	---	-------------------------

			Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Rady Fizjoterapeutów oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców. Zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach zarządzenie przedstawione zostało również do opinii konsultantom krajowym we właściwych dziedzinach medycyny. Zgodnie z § 2 i 3 niniejszego zarządzenia nowe przepisy będą stosowane do rozliczania świadczeń od dnia 1 stycznia 2022 r., a ich wejście w życie nastąpi po dniu podpisania zarządzenia.		
13.12.2021	Zarządzenie Prezesa NFZ	ZARZĄDZENIE Nr 199/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 10.12.2021 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin	Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin ma na celu wdrożenie programu pilotażowego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin, zwanego dalej „programem pilotażowym”. Celem programu pilotażowego jest poprawa jakości i efektywności leczenia, poprzez praktyczne sprawdzenie sposobu organizacji opieki nad pacjentami problemowo korzystającymi z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin, w tym zapewnienie dedykowanych świadczeń zdrowotnych tej grupie świadczeniobiorców. Program pilotażowy stanowi odpowiedź na zaistniałą potrzebę zdrowotną, związaną z zagrożeniem wynikającym z częstego korzystania przez dzieci i młodzież z mediów cyfrowych za pośrednictwem narzędzi takich jak komputery, smartfony, tablety czy inne urządzenia elektroniczne, potęgowaną na skutek epidemii SARS-CoV-2. Z uwagi na obecny brak poradni dedykowanych oddziaływaniom terapeutycznym skierowanym do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin, konieczne jest przeprowadzenie programu pilotażowego aby umożliwić przetestowanie sposobu organizacji opieki dla tej grupy świadczeniobiorców. Program pilotażowy realizowany będzie w latach 2021-2023 w 10 ośrodkach na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Szacunkowo, rocznie program obejmie wsparciem 5000 osób, w tym dzieci i młodzież problemowo korzystającą z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodziny. Ze świadczeń podmiotów realizujących program pilotażowy skorzystać będą mogli dzieci przed rozpoczęciem realizacji obowiązku szkolnego, dzieci i młodzież objęci obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcący się w szkołach	Wejście w życie 11 grudnia 2021 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

			ponadpodstawowych do ich ukończenia należący do dwóch grup: osoby z rozpoznaniem F63.8 Inne zaburzenia nawyków i popędów, zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 oraz w oparciu o kod ICD-10 Z03 lub Z03 z rozszerzeniami w przypadku dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych nie wymagających konsultacji psychiatrycznej oraz ich rodzin. Realizacja programu pilotażowego zostanie sfinansowana w 2021 r. ze środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, będących w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia. W kolejnych latach realizacji programu pilotażowego zostanie sfinansowany ze środków NFZ z rezerwy ogólnej i dokonania ewentualnych przesunięć w ramach planu finansowego z pozycji opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, bez konieczności uruchamiania funduszu zapasowego NFZ. Zgodnie z oszacowaniem przeprowadzonym na podstawie liczby planowanych świadczeń do udzielenia miesięcznie przez podmioty biorące udział w programie pilotażowym, środki potrzebne do realizacji ww. programu pilotażowego w latach 2021-2023 wyniosą łącznie 10 000 000,00 zł. Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.		
13.12.2021	Zarządzenie Prezesa NFZ	ZARZĄDZENIE Nr 198/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 10.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń	Zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 7/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 stycznia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenia uzależnień, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego wynikającego z art. 146 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1285, z późn. zm.). Zmiana wprowadzona w przepisie § 18 ust. 1 pkt 4a zarządzenia polega na zmianie w treści regulacji miejsca liczby wizyt środowiskowych z procentowym ich wykonaniem w stosunku do wymaganej liczby świadczeń do wykonania w ramach ryczału miesięcznego w zakresie ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny, zwanego dalej „ośrodkiem”. Powyższe ma na celu wyeliminowanie wątpliwości dotyczących obniżania wymaganej liczby świadczeń do realizacji w ramach ryczału miesięcznego, w przypadku udzielenia większej liczby	Wejście w życie 11 grudnia 2021 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

		opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	świadczeń środowiskowych, niż jest to wymagane przepisami prawa. Niniejszym zarządzeniem wprowadza się także zmianę zasady dotyczącej zwrotu przez Świadczeniodawcę do Funduszu środków finansowych wynikających z różnicy przekazanych przez Fundusz środków w ramach ryczału miesięcznego a środkami wynikającymi z liczby zrealizowanych świadczeń. Uchyla się możliwość obligatoryjnego rozłożenia na raty ww. należności, wprowadzając zasady wynikające z art. 28 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.). W związku z powyższą zmianą rezygnuje się z regulacji dotyczących ewaluacji ryczału miesięcznego. Jednocześnie w zakresie § 18 ust. 1 pkt 5 zdanie drugie reguluje się sposób rozliczania każdego miesiąca rozliczanego okresu rozliczeniowego. W związku z dotychczasowym sposobem realizacji świadczeń środowiskowych w zakresie ośrodka, modyfikuje się przepis § 18 ust. 1 pkt 17 przez wykreślenie z treści przepisu wyjątku od niestosowania tego przepisu w stosunku do ww. świadczeń, przy czym przepisu nie stosuje się do świadczeń środowiskowych udzielonych pacjentom/rodzinie w środowisku domowym. W załączniku nr 1 - Katalog zakresów świadczeń do zarządzenia, zmieniono sposób rozliczania dodatkowego kosztu związanego z leczeniem świadczeniobiorcy, w tym dzieci młodzieży, z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Ze względu na specyfikę systemu informatycznego Narodowego Funduszu Zdrowia wprowadzono wartość punktową świadczenia, która pozwoli na sprawozdanie i rozliczenie leczenia pacjenta z potwierdzonym zakażeniem wirusem. W związku z powyższym oraz z faktem, iż przedmiotowe produkty do stosowania zostały wprowadzone od 1 lipca 2021 r., wprowadza się możliwość ich rozliczenia według nowych taryf od daty początku ich wprowadzenia. Dodatkowo w przepisie § 1 pkt 4 niniejszego zarządzenia wprowadzono nowe brzmienie załącznika nr 2 do zarządzenia, stanowiącego wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Przedmiotowa zmiana ma charakter porządkujący, w związku z czym nie została skierowana do publicznych konsultacji. Zarządzenie, zgodnie z § 3, wchodzi w życie z dniem następującym po		
--	--	--	--	--	--

			dniu podpisania. Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2020 r. poz. 320, z późn. zm.), został przedstawiony do konsultacji zewnętrznych. W ramach konsultacji opinię wyraziło 11 podmiotów, w tym 10 z nich zgłosiło uwagi do projektu zarządzenia. W ramach zgłoszonych uwag wnioskowano m.in. o wprowadzenie możliwości rozłożenia na raty zaległości wynikającej z realizacji świadczeń w zakresie ośrodka, zaliczenie świadczeń zrealizowanych w ośrodkach młodzieżowych do wskaźnika świadczeń środowiskowych, możliwość rozliczania produktów sprawozdawczych leczenia pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 od 1 lipca 2021 r. czy obniżenie procentu wymaganych świadczeń środowiskowych (domowych). Ponadto podniesiono aby zmniejszyć liczbę wymaganych świadczeń w ramach ryczału miesięcznego, uzupełnić uzasadnienie w zakresie dokonania zmiany przepisu dotyczącego rozliczania świadczeń środowiskowych (domowych), a także doprecyzować sposób zwrotu środków finansowych wynikających z różnicy przekazanych środków finansowych, a środkami finansowymi wynikającymi z liczby wykonanych świadczeń. Zgłoszone uwagi zostały uwzględnione w części dotyczącej terminu obowiązywania produktów sprawozdawczych leczenia pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 oraz uzupełnienia uzasadnienia. Doprecyzowano także sposób zwrotu przez świadczeniodawcę środków finansowych w ramach rozliczania ryczału miesięcznego.		
13.12.2021	Zarządzenie Prezesa NFZ	ZARZĄDZENIE NR 196/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z	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”.	Wejście w życie 8 stycznia 2022 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

		dnia 10.12.2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna	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.		
10.12.2021	Komunikat Ministra Zdrowia	Komunikat Ministra Zdrowia w sprawie ordynowania i wydawania produktu leczniczego Viregyt K			https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-ministra-zdrowia-w-sprawie-ordynowania-i-wydawania-produktu-leczniczego-viregyt-k2
10.12.2021	Informacja	Informacja o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego w		Skierowano do rozpatrzenia do Komisji Zdrowia	1830.pdf (sejm.gov.pl)

		2019 r. i 2020 r. w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022			
10.12.20 21	Zarządze nie Ministra Zdrowia	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie powołania Zespołu do spraw kontynuacji reformy systemu ochrony zdrowia psychicznego	Zmiana składu osobowego Zespołu	Wejście w życie 10 grudnia 2021 r.	Zarządzenie z dnia 8 grudnia 2021 r. (mz.gov.pl)
09.12.20 21	Obwiesz czenie Ministra Zdrowia	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2021 r. w sprawie ograniczenia w ordynowaniu i wydawaniu produktów leczniczych na jednego pacjenta	Ograniczenie wydawania produktu leczniczego Viregyt-K na jednego pacjenta	wejście w życie od 10 grudnia 2021 r.	Obwieszczenie (mz.gov.pl)
09.12.20 21	Ustawa	Projekt ustawy o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw	Projekt ustawy o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw zmierzających do stworzenia podstaw dla pracodawcy do wprowadzenia i przeprowadzania – gdy jest to niezbędne dla ochrony określonych dóbr – prewencyjnej kontroli pracowników na obecność alkoholu lub środków działających podobnie do alkoholu w ich organizmach.	Planowany termin przyjęcia projektu przez RM - IV kwartał	Projekt ustawy o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw - Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów - BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (kprm.gov.pl)

		Projektowana regulacja ma na celu również rozwiązanie problemu wynikającego z braku podstaw prawnych do przeprowadzania przez uprawniony organ powołany do ochrony porządku publicznego badań pracowników na obecność tzw. narkotyków w ich organizmach. W chwili obecnej w polskim porządku prawnym nie ma bowiem przepisów, które określałyby procedurę takiego badania, na żądanie pracodawcy lub samego pracownika. Powyższe jest konsekwencją również braku wyraźnej podstawy prawnej do niedopuszczenia przez pracodawcę do wykonywania pracy przez pracownika, wobec którego zachodzi uzasadnione podejrzenie, że znajduje się w stanie po użyciu takich środków lub zażywał je w czasie pracy. Projekt niniejszej ustawy służy także realizacji postulatów dotyczących wprowadzenia pracy zdalnej jako rozwiązania stałego, tj. w ramach ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1320 oraz z 2021 r. poz. 1162), zwanej dalej „Kodeksem pracy”. W związku z epidemią COVID-19 rozpowszechniło się bowiem wykonywanie pracy w formie pracy zdalnej, która jest obecnie stosowana na podstawie art. 3 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1842, z późn. zm.). Regulacja ta obowiązuje jednak tymczasowo, w związku z wystąpieniem epidemii i może być stosowana tylko przez okres obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, ogłoszonego z powodu COVID-19, oraz przez okres 3 miesięcy po ich odwołaniu. Liczne postulaty w zakresie umożliwienia stronom stosunku pracy stosowania tej formy wykonywania pracy także po odwołaniu stanu epidemii ogłoszonego z powodu COVID-19 na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej pochodziły zarówno od pracowników, jak i od organizacji pracodawców, które dostrzegły zalety tej formy wykonywania pracy. W związku z tym niezbędne okazało się podjęcie działań legislacyjnych w tym zakresie. Należy dodać, iż obowiązujące przepisy Kodeksu pracy przewidują możliwość świadczenia pracy poza zakładem pracy w formie telepracy, jednak w sposób mniej elastyczny niż przywołana regulacja dotycząca pracy zdalnej. Obowiązująca przesłanka regularności wykonywania pracy w formie telepracy, z uwagi na jej nieostrość, budziła zawsze wiele wątpliwości interpretacyjnych. Ponadto, jak pokazała praktyka, wymóg regularności stanowił istotne ograniczenie dla upowszechnienia	2021 r.	
--	--	---	---------	--

		się tej formy wykonywania pracy i jej użyteczności, przez eliminację możliwości wykonywania telepracy w sposób nieregularny. Skutkiem tego było wykształcenie się nieuregulowanej prawnie choć funkcjonującej z powodzeniem w praktyce tzw. pracy incydentalnej (home office), polegającej na świadczeniu przez pracownika pracy poza zakładem pracy w sposób okazjonalny. W konsekwencji w projekcie zaproponowano, aby nowe regulacje dotyczące pracy zdalnej zastąpiły obecne przepisy Kodeksu pracy dotyczące telepracy. Niektóre rozwiązania prawne normujące telepracę zostały przejęte do nowych kodeksowych przepisów o pracy zdalnej. Projektodawca uznał bowiem za zasadne pozostawienie regulacji, które mają już ugruntowaną praktykę w przypadku stosowania ich przy telepracy, także partnerzy społeczni uznali obecne przepisy o telepracy za właściwą bazę do stworzenia nowych rozwiązań w zakresie pracy zdalnej. Projekt – w zakresie wprowadzenia kontroli trzeźwości oraz kontroli na obecność środków działających podobnie do alkoholu – przewiduje zmiany Kodeksu pracy polegające w szczególności na: 1) określeniu podstaw prawnych umożliwiających pracodawcy wprowadzenie – gdy jest to niezbędne dla ochrony określonych dóbr – prewencyjnych kontroli trzeźwości pracowników lub kontroli na obecność środków działających podobnie do alkoholu w ich organizmach, a także określeniu zasad przeprowadzania takich kontroli; 2) w zakresie obowiązku pracodawcy niedopuszczenia pracownika do wykonywania pracy: – utrzymaniu regulacji obecnie obowiązującej w przypadku uzasadnionego podejrzenia, że pracownik stawiał się do pracy w stanie po użyciu alkoholu lub spożywał alkohol w czasie pracy, – wprowadzeniu regulacji nakładającej na pracodawcę taki obowiązek w przypadku uzasadnionego podejrzenia, że pracownik stawiał się do pracy w stanie po użyciu środka działającego podobnie do alkoholu lub zażywał taki środek w czasie pracy, – wprowadzeniu regulacji nakładającej na pracodawcę taki obowiązek w przypadku, gdy prewencyjna kontrola trzeźwości wykaże obecność alkoholu w organizmie pracownika lub prewencyjna kontrola na obecność środka działającego podobnie do alkoholu, wykaże obecność takiego środka w organizmie pracownika; 3) określeniu podstaw do przeprowadzania badania w celu ustalenia obecności alkoholu, wskazującej na stan po użyciu alkoholu albo stan nietrzeźwości, lub środka działającego podobnie do alkoholu w		
--	--	---	--	--

			organizmie pracownika przez uprawniony organ powołany do ochrony porządku publicznego; 4) wprowadzeniu możliwości odpowiedniego zastosowania wskazanych powyżej rozwiązań do pracodawców organizujących pracę wykonywaną przez osoby fizyczne na innej podstawie niż stosunek pracy oraz osoby prowadzące na własny rachunek działalność gospodarczą; 5) uzupełnieniu katalogu przesłanek uzasadniających nałożenie na pracownika kary upomnienia, kary nagany lub kary pieniężnej o przypadki stawienia się do pracy w stanie po użyciu alkoholu lub środka działającego podobnie do alkoholu lub zażywanie takiego środka w czasie pracy. Projekt zawiera także zmianę ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. 2021 r. poz. 1119), polegającą na uchyleniu art. 17. W obecnym brzmieniu przepis ten w szczególności zobowiązuje kierownika zakładu pracy lub osobę przez niego upoważnioną do niedopuszczenia do pracy pracownika, jeżeli zachodzi uzasadnione podejrzenie, że stawił się on do pracy w stanie po użyciu alkoholu lub spożywał alkohol w czasie pracy. Stanowi również podstawę do żądania przez pracodawcę lub pracownika, o którym mowa powyżej, przeprowadzenia badania stanu trzeźwości przez uprawniony organ powołany do ochrony porządku publicznego. Zmiana ta polega na przeniesieniu zawartej w tym artykule regulacji na grunt Kodeksu pracy, celem kompleksowego uregulowania tej problematyki w jednym akcie prawnym. W związku z powyższym, proponuje się zmianę przepisu upoważniającego zawartego art. 47 ust. 2 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Ponadto, z uwagi na uchylenie art. 17 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz szczegółowe uregulowanie kwestii związanych z niedopuszczeniem do wykonywania pracy pracowników, wobec których zachodzi podejrzenie, że znajdują się w stanie po użyciu środków działających podobnie do alkoholu, proponuje się uchylenie art. 118 § 6 ustawy z dnia z dnia 28 stycznia 2016 r. – Prawo o prokuraturze (Dz. U. z 2021 r. poz. 66 i 1236). W efekcie ww. proponowanych zmian oczekuje się minimalizacji liczby przypadków, w których pracownik wykonywałby powierzone mu przez pracodawcę zadania znajdując się w stanie po użyciu substancji,		
--	--	--	--	--	--

		czy środków negatywnie wpływających na jego sprawność psychofizyczną. Powyższe powinno zatem wpłynąć pozytywnie na bezpieczeństwo pracowników, innych osób, a także ochronę mienia. Natomiast w zakresie dotyczącym wprowadzenia pracy zdalnej na stałe do Kodeksu pracy najważniejsze regulacje przewidziane w projekcie ustawy polegają na: 1) wprowadzeniu definicji pracy zdalnej, zgodnie z którą pracą zdalną będzie praca polegająca na wykonywaniu pracy całkowicie lub częściowo w miejscu wskazanym przez pracownika i każdorazowo uzgodnionym z pracodawcą, w tym pod adresem zamieszkania pracownika, w szczególności z wykorzystaniem środków bezpośredniego porozumiewania się na odległość; 2) przyjęciu, że praca zdalna będzie mogła być uzgodniona przy zawieraniu umowy o pracę albo już w trakcie zatrudnienia (w tym drugim przypadku do zmiany umowy o pracę – w zakresie miejsca wykonywania pracy – nie będzie wymagana forma pisemna); 3) umożliwieniu polecenia przez pracodawcę w szczególnych przypadkach (tj. w okresie obowiązywania stanu nadzwyczajnego, stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii oraz w okresie 3 miesięcy po ich odwołaniu, lub w okresie, w którym z powodu siły wyższej zapewnienie przez pracodawcę bezpiecznych i higienicznych warunków pracy w dotychczasowym miejscu pracy pracownika nie jest czasowo możliwe) – wykonywania pracy zdalnej przez pracownika, przy zastrzeżeniu złożenia przez pracownika bezpośrednio przed wydaniem polecenia oświadczenia o posiadaniu warunków lokalowych i technicznych do wykonywania pracy w tej formie; 4) uregulowaniu obowiązku określania zasad wykonywania pracy zdalnej w: – porozumieniu zawieranym między pracodawcą i zakładową organizacją związkową (zakładowymi organizacjami zawodowymi), – regulaminie ustalonym przez pracodawcę – jeżeli nie dojdzie do zawarcia porozumienia z zakładową organizacją związkową (zakładowymi organizacjami zawodowymi) oraz w przypadku, gdy u pracodawcy nie działa żadna zakładowa organizacja związkowa (w tym przypadku regulamin byłby ustalany po konsultacji z przedstawicielami pracowników); 5) umożliwieniu wykonywania pracy zdalnej na wniosek pracownika także w przypadku, gdy nie zostało zawarte porozumienie albo regulamin, o których mowa w pkt 4, określające zasady wykonywania		
--	--	---	--	--

		pracy zdalnej; 6) wprowadzeniu możliwości wiążącego wycofania się z pracy zdalnej przez pracodawcę lub pracownika; 7) uregulowaniu obowiązków pracodawcy wobec pracownika wykonującego pracę zdalną (m.in. zapewnienia pracownikowi materiałów i narzędzi pracy, w tym urządzeń technicznych, niezbędnych do wykonywania pracy zdalnej, pokrycia kosztów związanych z pracą zdalną) oraz przyznania stronom uprawnienia do ustalenia zasad wykorzystywania przez pracownika prywatnych narzędzi pracy i materiałów w pracy zdalnej; 8) unormowanie prawa kontroli pracownika przez pracodawcę w miejscu wykonywania pracy zdalnej; 9) ustanowieniu zakazu dyskryminacji pracownika wykonującego pracę zdalną; 10) zagwarantowaniu pracownikowi wykonującemu pracę zdalną prawa do przebywania na terenie zakładu pracy na zasadach przyjętych dla ogółu pracowników; 11) wprowadzeniu szczególnych zasad w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy; 12) wyodrębnieniu okazjonalnej pracy zdalnej, do której z uwagi na jej szczególny charakter, nie będą stosowane niektóre przepisy dotyczące pracy zdalnej; 13) umożliwieniu pracownikowi przekazywania wszystkich wniosków, dla których przepisy Kodeksu pracy lub innych ustaw lub aktów wykonawczych, określających prawa i obowiązki z zakresu prawa pracy przewidują formę pisemną, w postaci papierowej lub elektronicznej. Projektowane w tym zakresie regulacje zastąpią przepisy Kodeksu pracy dotyczące telepracy, które zostaną uchylone. Niektóre rozwiązania prawne normujące telepracę zostaną przejęte do nowych kodeksowych przepisów o pracy zdalnej. Projekt zawiera także zmiany w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573 i 1981), polegające na: 1) objęciu kosztów ponoszonych przez pracodawcę, a związanych z zatrudnieniem i sposobem wykonywania pracy przez pracownika, wsparciem przewidzianym w systemie rehabilitacji zawodowej i zatrudniania osób niepełnosprawnych. Regulacja ta ułatwi pracodawcom podjęcie decyzji o zatrudnieniu w ramach pracy zdalnej		
--	--	---	--	--

		lub o działaniach prozatrudnieniowych na rzecz osób o szczególnych schorzeniach lub wyższych stopniach niepełnosprawności (dodanie po art. 2 ww. ustawy art. 21, zgodnie z którym dla celów określonych w ustawie ekwiwalent pieniężny lub ryczałt przysługujący pracownikowi wykonującemu pracę zdalną, wlicza się do wynagrodzenia brutto, o którym mowa w art. 2 pkt 4a ww. ustawy), 2) zmianie redakcyjnej polegającej na zastąpieniu w art. 4 w ust. 5 pkt 2 sformułowania „zatrudnienia w formie telepracy” brzmieniem: „wykonywania pracy zdalnej”, z uwagi na uchylene w Kodeksie pracy przepisów dotyczących telepracy; 3) zwolnieniu pracodawcy z obowiązku dodatkowego zapewnienia doraźnej opieki medycznej pod adresem zamieszkania lub pobytu osoby niepełnosprawnej wykonującej tam pracę nakładczą lub zdalną – w wymiarze nieprzekraczającym łącznie 10 dni roboczych w miesiącu, a w przypadku pracownika lub wykonawcy pracy nakładczej zatrudnionego w niepełnym wymiarze czasu pracy – w wymiarze proporcjonalnym do wymiaru czasu pracy (zmiany w art. 28 ww. ustawy) Głównym celem zmiany jest ograniczenie kosztów, które musiałby ponosić pracodawca w związku z zawieraniem dodatkowych umów z podmiotami świadczącymi usługi w zakresie opieki doraźnej w pobliżu np. adresu zamieszkania lub pobytu pracowników i wykonawców, co mogłyby zniechęcać ich do tych form zatrudnienia. Dotyczyć to będzie sytuacji, w których praca nakładczą lub zdalną są wykonywane w tych warunkach okazjonalnie lub przez część miesiąca. Dodatkowo projekt zawiera zmianę redakcyjną art. 60a ust. 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. 2021 r. poz. 1100, 1162 i 1621), polegającą na zastąpieniu obowiązującego odesłania do „pracy w formie telepracy w rozumieniu art. 675 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy”, sformułowaniem „pracy zdalnej w rozumieniu art. 6718 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.”. Z uwagi na fakt, iż praca zdalna wprowadzona do Kodeksu pracy ma zastąpić obowiązujące regulacje dotyczące pracy zdalnej, projektowana ustawa zawiera także zmianę polegającą na uchyleniu art. 3 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. 2020 r. poz. 1842, z późn. zm). W efekcie proponowanych zmian oczekuje się uelastycznienia		
--	--	---	--	--

			możliwości wykonywania pracy poza zakładem pracy oraz rozpowszechnienia wykonywania pracy w formie pracy zdalnej, także po odwołaniu obowiązującego stanu epidemii.		
07.12.2021	Ustawa	Poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych	Dotyczy wyłączenia osób posiadających unijne cyfrowe zaświadczenie COVID z ograniczeń wprowadzanych na podstawie rozporządzenia ministra Zdrowia, w szczególności w przedsiębiorstwach, szkołach, zakładach opieki zdrowotnej, żłobkach, instytucjach pomocy społecznej oraz wprowadzenia obowiązku szczepień przeciw COVID-19 i uregulowania tej procedury	Skierowano projekt do opinii Biura Legislacyjnego Kancelarii Sejmu oraz Biura Analiz Sejmowych	9-020-741-2021.pdf (sejm.gov.pl)
07.12.2021	Zarządzenie Prezesa NFZ	Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalnego – świadczenia kompleksowe	Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalnego – świadczenia kompleksowe stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.). Przedmiotowa regulacja dotychczas określona była w zarządzeniu Nr 166/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalnego – świadczenia kompleksowe (z późn. zm.), która zgodnie z § 19 zarządzenia, z dniem wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia, utraci moc obowiązującą. Opracowanie zarządzenia ma na celu ujednolicenie przepisów oraz zachowanie ich przejrzystości, a tym samym ułatwienie interesariuszom ich stosowania. Zmiany dokonane w niniejszym zarządzeniu obejmują: 1. dostosowanie § 4 – Warunki finansowania świadczeń oraz § 6 – Kary umowne załącznika nr 2 do zarządzenia stanowiącego wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalnego – świadczenia kompleksowe do przepisów § 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września w sprawie ogólnych	Opinie i uwagi do 20 grudnia 2021 r. (szpital.dsoz@nfz.gov.pl)	Projekty zarządzeń / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

			warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.). 2. w zakresie załącznika nr 1k do zarządzenia dodano produkt rozliczeniowy 5.53.01.0001649 - Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z możliwością jego rozliczenia w ramach stacjonarnej rehabilitacji kardiologicznej. Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320 z późn. zm.), zostanie poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 14 dni. W ramach konsultacji projekt zostanie przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach. Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Skutek finansowy dla wprowadzanych niniejszym zarządzeniem zmian nie jest możliwy do oszacowania. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2022 r.		
07.12.2021	Zarządzenie Prezesa NFZ	Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju	Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”. Przedmiotowa regulacja określona była dotychczas w zarządzeniu Nr 55/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.), która zgodnie z § 31 zarządzenia, z dniem wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia, utraci moc obowiązującą. Opracowanie zarządzenia ma na celu ujednolicienie przepisów oraz zachowanie ich przejrzystości, a tym	Opinie i uwagi do 20 grudnia 2021 r. (dsoz@nfz.gov.pl)	Projekty zarządzeń / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

		leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne	samym ułatwienie interesariuszom ich stosowania. Zmiany dokonane w niniejszym zarządzeniu obejmują: 1) jednolicie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2021 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2022 r., dokonano zmian wartości wysokości opłat w 2022 r. Zgodnie z wynikami analizy wysokości kosztów ponoszonych przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi w związku z pobieraniem krwi i jej składników oraz preparatyką, przechowywaniem i ich wydawaniem, w odniesieniu do uzyskiwanych przychodów z tego tytułu, uległy zmianie wartości dwóch produktów rozliczeniowych (5.53.01.0001515 Przetoczenie ubogoleukocytarnego koncentratu krwinek płytkowych z aferezy – 1000 zł oraz 5.53.01.0001523 Filtrowanie jednostki krwi lub jej składników – 77 zł). Ponadto, zgodnie z § 8 ust. 2 ww. rozporządzenia stworzono produkt rozliczeniowy: 5.53.01.0001543 Podział donacji osocza otrzymanego metodą aferezy o wartości 45 zł. Zmiana, wynikająca z ww. rozporządzenia, podyktowana jest koniecznością doprecyzowania i rozwiania wątpliwości interpretacyjnych związanych z podziałem donacji. 2) w zakresie załącznika nr 1b do zarządzenia (Katalog produktów odrębnych) utworzono nowe produkty rozliczeniowe: 5.52.01.0001564 Pobyt do podania leku w leczeniu orbitopatii tarczycowej (obejmuje dożylną sterydoterapię wraz z wykonaniem rutynowych badań laboratoryjnych monitorujących terapię, przy rozliczeniu konieczne wykazanie rozpoznania ICD-10: E05.0, E06.3, H06.2) oraz 5.52.01.0001565 Pobyt do wykonania upustu krwi w przebiegu chorób krwi i narządów krwiotwórczych (konieczne wskazanie procedury 38.99); na zasadach określonych w § 26 pkt 13 zarządzenia (w uzasadnionych medycznie przypadkach umożliwiono wykazanie do rozliczenia pomimo nieprzekroczenia 14 dniowego okresu między ich udzieleniem podczas odrębnych pobytów pacjenta w szpitalu); 3) zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem obejmują również modyfikację załącznika nr 1b i 1c w zakresie produktów rozliczeniowych dedykowanych pobraniem narządowym. Zmiany te związane są z koniecznością dostosowania przepisów zarządzenia Prezesa Funduszu z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2014 r., poz. 469 z późn. zm.). W związku z tym, w		
--	--	--	---	--	--

		załącznikach utworzone zostały odpowiednie produkty rozliczeniowe wraz z wartościami wynikającymi z ww. rozporządzenia; 4) zmiany w obrębie załączników 2a, 2b i 2c, stanowiących wzory umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne / leczenie szpitalne - teleradioterapia / brachyterapia / terapia izotopowa / terapia protonowa nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku/ leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne wynikają z konieczności ich dostosowania do przepisów § 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.); 5) modyfikacje w zakresie załącznika nr 1ts do zarządzenia mają charakter porządkujący (zmiany wynikające ze zmian z załącznika nr 1b); 6) świadczeniodawcom, w przypadku udzielania świadczeń świadczeniobiorcom poniżej 18 r. ż., którzy zrealizowali JGP: PZB02 Zabiegi z wykonaniem witrektomii <18 r. ż., PZB03 Średnie zabiegi na oczodole i aparacie łzowym < 18 r.ż. oraz PZB05 Duże zabiegi na rogówce i twardówce <18 r.ż., określone w załączniku nr 3d do zarządzenia, a w roku poprzedzającym rok, w którym stosowany jest współczynnik korygujący, ich udział w realizacji poszczególnych JGP na rzecz świadczeniobiorców poniżej 18 r.ż. przekroczył 10% wszystkich zrealizowanych na rzecz tych świadczeniobiorców odpowiednich JGP, umożliwiono korygowanie wartości produktu rozliczeniowego z katalogu grup o współczynnik o wartości 1,2 (załącznik nr 3d do zarządzenia); 7) realizując wnioski pokontrolne Najwyższej Izby Kontroli pt. Realizacja świadczeń zdrowotnych w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego, w celu zminimalizowania skutków epidemii COVID-19, które wpłynęły na zmniejszenie liczby wykonanych zabiegów endoprotezoplastyki i przesunięcie ich w czasie umożliwiono świadczeniodawcom korygowanie wartości produktu rozliczeniowego z katalogu grup z zastosowaniem współczynników na podstawie realizacji świadczeń udzielonych w roku 2019 albo 2021; 8) mając na względzie szczególne uwarunkowania zastosowania trybu indywidualnego rozliczania świadczeń, którego celem jest umożliwienie świadczeniodawcom rozliczenia świadczeń niestandardowych oraz w związku ze wzrostem liczby składanych przez świadczeniodawców wniosków na rozliczenie hospitalizacji w trybie		
--	--	--	--	--

		indywidualnego rozliczania świadczeń za zgodą płatnika: 5.52.01.0001363 Rozliczenie za zgodą płatnika, dokonano analizy kosztów świadczeń zdrowotnych. Efektem prac są zmiany wprowadzone w §25 zarządzenia. Zmianie uległy wartości wyjściowe hospitalizacji kosztochłonnych z 15 000 zł do 25 000 zł oraz z 20 000 zł do 30 000 zł. W przypadku wystąpienia konieczności wykonania dodatkowej procedury medycznej w ramach hospitalizacji określonej w katalogu operacji wad serca i aorty piersiowej lub świadczenia wysokospecjalistycznego jej wartość wzrosła z 10 000 zł do 11 315 zł; 9) zmiany w charakterystyce JGP (załącznik nr 9 do zarządzenia) obejmują: a) B31 Duże rekonstrukcje na aparacie ochronnym oka - w związku z wynikami opracowania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr WT.5403.40.2021 z dnia 5 listopada 2021 r. w sprawie oszacowania kosztów operacji opadania powiek umożliwiono rozliczanie procedury 08.34 Operacja opadania powiek - operacja mięśnia dźwigacza u pacjentów poniżej 18 roku życia w ramach grupy B31 Duże rekonstrukcje na aparacie ochronnym oka (w grupie B31 został utworzony dodatkowy warunek: wskazanie procedury 08.34 Operacja opadania powiek - operacja mięśnia dźwigacza oraz wiek < 18 r.ż.); b) C14 Średnie zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani - procedurę 27.499 Wycięcie w zakresie jamy ustnej przeniesiono do grupy C15 Małe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani (z listy procedur C14 została usunięta procedura: 27.499 Wycięcie w zakresie jamy ustnej – inne pozostawiono); c) C15 Małe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani - do listy procedur C15 dodano procedurę 27.499 Wycięcie w zakresie jamy ustnej – inne (procedura przeniesiona z grupy C14) d) C31 Kompleksowe zabiegi uszu - w grupie C31 Kompleksowe zabiegi uszu w przypadku realizacji procedur: 18.31 Radykalne wycięcie zmiany ucha zewnętrznego i 20.51 Wycięcie zmiany ucha środkowego poza dotychczasowym warunkiem związanym ze wskazaniem procedury wykonania badania histopatologicznego (Y90) należy dodatkowo sprawozdzać jedno z wybranych rozpoznań wg. ICD 10: C30.1 Nowotwór złośliwy (ucho środkowe), C43.2 Czerniak złośliwy ucha i przewodu słuchowego zewnętrznego, C44.2 Nowotwór złośliwy (skóra ucha i przewodu słuchowego zewnętrznego), C49.0 Nowotwór złośliwy (tkanka łączna i inne tkanki miękkie głowy, twarzy		
--	--	---	--	--

		i szyi) e) D18, D47, D48 - w obszarze chorób związanych z zapaleniem płuc zrezygnowano z dotychczasowego podziału grup ze względu na możliwość wystąpienia powikłań lub chorób współistniejących bądź ich brak. Grupa D47 Zapalenie płuc z powikłaniami i chorobami współistniejącymi została usunięta, z kolei z nazwy grupy D48 Zapalenie płuc bez powikłań i chorób współistniejących została usunięta część informująca, że grupa dotyczy hospitalizacji bez powikłań i chorób współistniejących. Z nazwy grupy D18 Zapalenie płuc nietypowe, wirusowe usunięto słowo „wirusowe”, a rozpoznania wg ICD10 o nieuszczegółowionej diagnozie zostały przeniesione do grupy D48 Zapalenie płuc. Do grupy D48 Zapalenie płuc zostały dodane rozpoznania o nieuszczegółowionej diagnozie (rozpoznanie o nieuszczegółowionej diagnozie wg ICD 10 przeniesione z grupy D18 Zapalenie płuc nietypowe); f) F58E Choroby zapalne jelit > 65 r.ż., F58F Choroby zapalne jelit < 66r.ż. - dla grup F58E Choroby zapalne jelit > 65 r.ż. oraz F58F Choroby zapalne jelit < 66r.ż. zostały dodane warunki wykonania dodatkowych procedur medycznych wg ICD 9; g) H22 Artroskopia lecznicza - w grupie H22 Artroskopia lecznicza umożliwiono realizację procedur: 83.881 Plastyka ścięgna i mięśnia, 83.882 Ufiksowanie ścięgna, 83.883 Tenodeza - inna niż ręki oraz 83.884 Plastyka ścięgna; h) P04 Choroby dolnych dróg oddechowych, P30 Infekcje wirusowe określone- umożliwiające zostało rozliczanie hospitalizacji pacjentów leczonych z powodu COVID- 19 w oddziałach pediatrycznych. W grupie P04 Choroby dolnych dróg oddechowych oraz P30 Infekcje wirusowe określone do listy rozpoznań dodano rozpoznanie o kodzie: U07.1 COVID-19 i) Q22 Zakrzepowe zapalenie żył - leczenie operacyjne - z charakterystyki JGP została usunięta grupa Q22 Zakrzepowe zapalenie żył - leczenie operacyjne. Procedury, które dotychczas były rozliczane w ramach tej grupy są nadal możliwe do rozliczenia w grupie Q23 Operacje żyłaków z safenektomią oraz w grupie Q24 Operacje żyłaków bez safenektomii. Wprowadzenie zmian wynikających z przedmiotowego zarządzenia będzie wiązało się z alokacją środków przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej w wysokości 80 535 198 zł. Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z		
--	--	---	--	--

			art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320 z późn. zm.), zostanie poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 14 dni. W ramach konsultacji projekt zostanie przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach. Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.		
07.12.2021	Zarządzenie Prezesa NFZ	Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych	Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.). Przedmiotowa regulacja dotychczas określona była w zarządzeniu Nr 70/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15.04.2021 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych, która zgodnie z § 22 zarządzenia, z dniem wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia, utraci moc obowiązującą. Opracowanie zarządzenia ma w szczególności na celu ujednolicenie przepisów oraz zachowanie ich przejrzystości, a tym samym ułatwienie interesariuszom ich stosowania. Zmiany wprowadzone w niniejszym zarządzeniu obejmują: 1. w celu zachowania spójności przepisów dokonano zmiany brzmienia § 4 ust. 1, polegającej na wskazaniu wszystkich katalogów obejmujących produkty jednostkowe dedykowane do rozliczenia onkologicznych świadczeń kompleksowych w umowie PSZ w zakresie Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś) oraz Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG); 2. w załączniku nr 1on (katalog onkologicznych świadczeń kompleksowych), na zasadzie symetryzacji z przepisami zarządzenia Nr 55/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie	Opinie i uwagi do 20 grudnia 2021 r. (szpital.dsoz@nfz.gov.pl)	Projekty zarządzeń / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

			szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.), zarządzenia Nr 182/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (z późn. zm.) i zarządzenia Nr 195/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką (z późn. zm.) wprowadzono: 1) produkty rozliczeniowe: - 5.52.01.0001511 Badanie genetyczne materiału archiwalnego; - 5.52.01.0001423 Wytworzenie stałego dostępu naczyniowego z wytworzeniem tunelu podskórnego przeznaczonego do użytku długoterminowego z hospitalizacją; - 5.52.01.0001566 Usunięcie stałego dostępu naczyniowego z wytworzonym tunelem podskórnym przeznaczonego do użytku długoterminowego z hospitalizacją; - 5.30.00.0000002 W02 Świadczenie receptowe; oraz 2) możliwość sumowania produktu 5.11.02.9200001 ROKO Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach stacjonarnych z produktem 5.53.01.0001649 Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z załącznika 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne. Pozostałe zmiany wprowadzone w zarządzeniu mają charakter porządkowy. Skutek finansowy dla wprowadzanych niniejszym zarządzeniem zmian w chwili obecnej nie jest możliwy do oszacowania. Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Zarządzenie wchodzi w życie od dnia 1 stycznia 2022 r.		
06.12.2021	Zarządzenie Ministra Zdrowia	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 grudnia 2021 r.	Zadaniem Zespołu jest opracowanie propozycji nowelizacji rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty,	Wejście w życie 4 grudnia 2021 r.	Zarządzenie z dnia 3 grudnia 2021 r. (mz.gov.pl)

		w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania propozycji zmian w standardach kształcenia przygotowujące go do wykonywania zawodu lekarza oraz lekarza dentysty	pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz. U. z 2021 r. poz. 755) w zakresie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza oraz lekarza dentysty, w tym w szczególności: 1) przeglądu oraz zaproponowania zmian do aktualnego zestawu efektów kształcenia pod kątem możliwości ograniczenia efektów kształcenia przewidzianych w ramach grup zajęć A i B, 2) uzupełnienia efektów kształcenia w zakresie kompetencji komunikacyjnych w celu implementacji rekomendacji wypracowanych w ramach prac Zespołu powołanego na podstawie zarządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 14 września 2020 r. w sprawie powołania Zespołu doradczego do spraw zmiany standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza (Dz. Urz. MNiSW poz. 45) zmienionego zarządzeniem Ministra Edukacji i Nauki z dnia 4 grudnia 2020 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie powołania Zespołu doradczego do spraw zmiany standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza (Dz. Urz. MEiN poz. 17), 3) wprowadzenia zmian niezbędnych do zwiększenia liczby godzin praktycznych kształcenia począwszy od 4. roku studiów na kierunku lekarskim i 3. roku studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym – z uwzględnieniem wymagań zawartych w dyrektywie 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. Urz. UE L 255 z 30.09.2005, str. 22, z późn. zm.)		
06.12.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 grudnia 2021 r. w sprawie kursu reedukacyjnego w zakresie problematyki przeciwalkoholowej i przeciwdziałania narkomanii oraz szczegółowych	Projektowane rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kursu reedukacyjnego w zakresie problematyki przeciwalkoholowej i przeciwdziałania narkomanii oraz szczegółowych warunków i trybu kierowania na badania lekarskie lub badania psychologiczne w zakresie psychologii transportu jest wydawane na podstawie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami. Konieczność jego wydania wynika ze zmiany upoważnienia zawartego w art. 4 pkt 36 lit. b ustawy z dnia 14 października 2021 r. o zmianie ustawy o transporcie drogowym oraz niektórych innych ustaw dotyczącego art. 105 ust. 5 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami. Projektowane rozporządzenie zawiera jedynie zmianę odesłań do	Wejście w życie 5 grudnia 2021 r.	ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 3 grudnia 2021 r. w sprawie kursu reedukacyjnego w zakresie problematyki przeciwalkoholowej i przeciwdziałania narkomanii oraz szczegółowych warunków i trybu kierowania na badania lekarskie lub badania psychologiczne w zakresie psychologii transportu (dziennikustaw.gov.pl)

		warunków i trybu kierowania na badania lekarskie lub badania psychologiczne w zakresie psychologii transportu	ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami w zakresie art. 105 w ust. 5 w pkt 1 i 2 dotycząca zastąpienia wyrazów „art. 99 ust. 1 pkt 5” wyrazami „art. 98a ust. 1 pkt 2” oraz rezygnacji z wydawania decyzji przez właściwego starostę o skierowaniu osoby na badanie psychologiczne przeprowadzane w celu ustalenia istnienia lub braku przeciwwskazań psychologicznych do kierowania pojazdem, gdyż z dniem 5 grudnia 2021 r. starosta będzie wysyłać jedynie informację o obowiązku poddania się odpowiednio badaniom lekarskim, badaniom psychologicznym lub o obowiązku ukończenia odpowiednich kursów reedukacyjnych, zgodnie z art. 98a ust. 3 dodanym ustawą z dnia 14 października 2021 r. (Dz. U. poz. 1997). Pozostała część projektowanego rozporządzenia w stosunku do poprzedniego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2012 r. w sprawie kursu reedukacyjnego w zakresie problematyki przeciwalkoholowej i przeciwdziałania narkomanii oraz szczegółowych warunków i trybu kierowania na badania lekarskie lub badania psychologiczne w zakresie psychologii transportu (Dz. U. z 2019 r. poz. 140 i 2111) nie uległa zmianie.		
06.12.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie Krajowego Rejestru Pacjentów z COVID-19	Rejestr tworzy się do dnia 31 grudnia 2022 r.	Wejście w życie 4 grudnia 2021 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie Krajowego Rejestru Pacjentów z COVID-19 (dziennikustaw.gov.pl)
06.12.2021	Obwieszczenie Ministra Zdrowia	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 5 listopada 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra	Ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 stycznia 2018 r. w sprawie orzekania o potrzebie udzielenia nauczycielowi urlopu dla poratowania zdrowia (Dz. U. poz. 190)		OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 5 listopada 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie orzekania o potrzebie udzielenia nauczycielowi urlopu dla poratowania zdrowia (dziennikustaw.gov.pl)

		Zdrowia w sprawie orzekania o potrzebie udzielenia nauczycielowi urlopu dla poratowania zdrowia			
06.12.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie składu oraz oznakowania suplementów diety	Projektowane rozporządzenie ma na celu wykonanie postanowień rozporządzenia Komisji (UE) 2021/418 z dnia 9 marca 2021 r. zmieniającego dyrektywę 2002/46/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w odniesieniu do chlorku rybozydu nikotynamidu i cytrynianu jabłczanu magnezu stosowanych w produkcji suplementów żywnościowych oraz w odniesieniu do jednostek miar stosowanych do miedzi (Dz. Urz. UE L 83 z 10.03.2021, str. 1), zwanego dalej „rozporządzeniem nr 2021/418”, w zakresie zmiany dyrektywy. Nowelizacja obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2007 r. w sprawie składu oraz oznakowania suplementów diety (Dz. U. z 2018 r. poz. 1951), które wdraża już dyrektywę Komisji 2002/46/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 10 czerwca 2002 r. w sprawie zbliżenia ustawodawstw Państw Członkowskich odnoszących się do suplementów żywnościowych (Dz. Urz. WE L 183 z 12.07.2002, str. 51, z późn. zm.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 13, t. 29, str. 490) w zakresie rozszerzenia wykazu form chemicznych składników mineralnych, które mogą być stosowane w produkcji suplementów diety o chlorek rybozydu nikotynamidu i cytrynian jabłczanu magnezu.	Wejście w życie 17 grudnia 2021 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie składu oraz oznakowania suplementów diety (dziennikustaw.gov.pl)
06.12.2021	Obwieszczenie Ministra Zdrowia	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w	Ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 lipca 2012 r. w sprawie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 1117)		OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 3 listopada 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy (dziennikustaw.gov.pl)

		sprawie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy			
06.12.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki	Projektowane rozporządzenie stanowi realizację upoważnienia zawartego w art. 97 ust. 5 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 1977 i 2021). Potrzeba zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki (Dz. U. poz. 1395, z późn. zm.) wynika z faktu, iż w dniu 17 listopada 2021 r. została uchwalona ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2120), w której w art. 3 pkt 2 zmieniono art. 19 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2021 r. poz. 2069) w ten sposób, że dodano w nim ust. 5a i 5b. W art. 19 ust. 5a przewidziano możliwość dokonywania kwalifikacji osób dorosłych do zaszczepienia przeciwko grypie m.in. przez farmaceutów. Natomiast w art. 19 ust. 5b przewidziano możliwość wykonywania przez farmaceutów szczepienia przeciwko grypie u osoby dorosłej. Rekomendowanym rozwiązaniem jest wydanie rozporządzenia, które dostosuje rozporządzenie do tak przedstawiającego się nowego stanu prawnego i tym samym określenie w nim szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki ogólnodostępnej w zakresie nowych zadań apteki, jakim będą szczepienia przeciw grypie. Oczekiwanym efektem będzie osiągnięcie pozytywnego wpływu na sytuację rodziny, obywateli oraz gospodarstwa domowe, a także na osoby niepełnosprawne poprzez zwiększenie dostępności do szczepień przeciw grypie, co również powinno znaleźć przełożenie na usprawnienie i przyspieszenie tego procesu poprzez niezawężanie możliwości szczepień jedynie przez podmioty wykonujące działalność	Konsultacje społeczne do 6 grudnia 2021 r. (dep-pl@mz.gov.pl)	dokument532713.pdf (legislacja.gov.pl)

			leczniczą przy jednoczesnym – dzięki projektowanym zmianom – zapewnieniu bezpieczeństwa pacjentów oraz lekom przechowywanym i sporządzanym w aptece.		
03.12.2021	Zarządzenie Prezesa NFZ	ZARZĄDZENIE Nr 72/2021/DGL PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 21.04.2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii	Tekst ujednolicony zawiera zmiany wprowadzone zarządzeniem Nr 91/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 maja 2021 r., zarządzeniem Nr 133/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 lipca 2021 r., zarządzeniem Nr 171/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 października 2021 r. oraz zarządzeniem Nr 180/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 listopada 2021 r.		Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków
02.12.2021	Zarządzenie Prezesa NFZ	ZARZĄDZENIE Nr 193/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 01.12.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z	Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 42/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 marca 2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 dokonuje aktualizacji wycen niektórych produktów rozliczeniowych ujętych w załączniku do niniejszego zarządzenia. Zmiana wycen dotyczy: 1) transportu sanitarnego, wykonywanego w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. Od 1 grudnia 2021 r. wysokość stawek wynosi: a) opłata ryczałtowa za gotowość do transportu sanitarnego realizowanego przez 1 osobę - 1 434 zł, b) opłata ryczałtowa za gotowość do transportu sanitarnego realizowanego przez zespół co najmniej dwuosobowy - 2 373 zł, c) opłata za transport sanitarny realizowany przez 1 osobę - 191 zł, d) opłata za transport sanitarny realizowany przez zespół co najmniej dwuosobowy - 324 zł.	Wejście w życie 2 grudnia 2021 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

		zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 2) finansowania szpitali tymczasowych. Od 1 listopada 2021 r. ich finansowanie odbywa się z wykorzystaniem nowopowstałych produktów rozliczeniowych: a) 99.01.0022 Opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń w szpitalu tymczasowym - 1 667, 79 zł, b) 99.03.0016 Hospitalizacja związana z leczeniem COVID-19 w szpitalu tymczasowym - 2 428 zł. Nowe zasady rozliczeniowe opierają się na dwóch podstawowych produktach rozliczeniowych za gotowość (za dostępne moduły) i za hospitalizację z pobytem dobowym pacjenta, przyjmując założenie uruchomienia od razu 2 modułów 28 - łóżkowych z wymaganą liczbą personelu medycznego. Powstanie kolejnego modułu uzależnione jest od zajętości liczby łóżek. W przypadku świadczeń udzielanych w szpitalu tymczasowym – pozostawanie w dyspozycji obsady kadrowej oraz wolnych łóżek, z zachowaniem zasady, że w przypadku produktu rozliczeniowego 99.01.0022 opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń jest naliczana za moduł obejmujący nie więcej niż 56 łóżek, a gdy co najmniej 48 z tych łóżek jest już zajętych to opłata ryczałtowa jest naliczana za moduł kolejnych nie więcej niż 28 łóżek, o ile tyle jest dostępnych. Natomiast w przypadku spadku obłożenia liczby łóżek w uruchomionych modułach ich finansowanie odbywa się jeszcze przez 14 dni gotowości, pod warunkiem zapewnienia pełnej wymaganej obsady kadrowej. Przejęcie takiego rozwiązania spełnia założenia analizy dokonanej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, z której wynika, że szacowany miesięczny koszt funkcjonowania 28 – łóżkowego modułu szpitala tymczasowego, przy założeniu efektywnego 85% obłożenia, tj. zajętych 24 łóżkach szacuje się na 1,8 mln zł Dodatkowo, w zarządzeniu zmieniono wartość produktu rozliczeniowego: 99.04.0001 Hospitalizacja związana z leczeniem COVID-19 w OAiT na 1,16 zł. Dla produktu rozliczeniowego: 99.03.0014 Świadczenia dializoterapii w trakcie hospitalizacji związanej z leczeniem COVID-19 dopuszczono możliwość wykazywania przy sprawozdawaniu produktu: 99.03.0016 Hospitalizacja związana z leczeniem COVID-19 pacjenta, w tym wymagającego wentylacji mechanicznej, w szpitalu tymczasowym oraz 99.03.0008 Hospitalizacja związana z leczeniem COVID-19 pacjenta wymagającego wentylacji mechanicznej		
--	--	--	--	--

			poza OAiIT. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 grudnia 2021 r., z wyjątkiem § 1: 1) pkt 1 - w zakresie dotyczącym § 2 ust. 1 pkt 8 lit. c, 2) pkt 2 - w zakresie lp. 33 i 34 załącznika do niniejszego zarządzenia, - które stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 listopada 2021 r. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.		
01.11.2021	Obwieszczenie Ministra Zdrowia	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu znajomości języka polskiego w mowie i piśmie, niezbędnej do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, oraz egzaminu ze znajomości języka polskiego, niezbędnej do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, oraz egzaminu ze znajomości języka polskiego, niezbędnej do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry (Dz. U. poz. 2076).	Ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 czerwca 2009 r. w sprawie zakresu znajomości języka polskiego w mowie i piśmie, niezbędnej do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, oraz egzaminu ze znajomości języka polskiego, niezbędnej do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry (Dz. U. poz. 908), z uwzględnieniem zmiany wprowadzonej rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie zakresu znajomości języka polskiego w mowie i piśmie, niezbędnej do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, oraz egzaminu ze znajomości języka polskiego, niezbędnej do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry (Dz. U. poz. 2076).		Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu znajomości języka polskiego w mowie i piśmie, niezbędnej do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, oraz egzaminu ze znajomości języka polskiego, niezbędnej do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry (dziennikustaw.gov.pl)

30.11.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	lekarza dentyści Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej	Wątpliwości co do stosowania przepisów § 2 ust. 2, § 15, § 20-22 i § 32 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.) do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna. Od dnia 1 października 2021 r., zgodnie z ustawą z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1050), rozpoczęto wdrażanie opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej. Zmiany są wprowadzane stopniowo, zarówno w warunkach organizacyjnych realizacji umów jak i w zasadach ich finansowania określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”. Obowiązujący od dnia 1 października 2021 r. przepis art. 159 ust. 2b ustawy wprowadził możliwość wyodrębnienia w umowach zawieranych ze świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, dodatkowych środków przeznaczonych na zapewnienie: 1) koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą z uwzględnieniem innych zakresów świadczeń, o których mowa w art. 15 ust. 2, oraz osoby, o której mowa w art. 14 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (budżet powierzony); 2) profilaktycznej opieki zdrowotnej (opłata zadaniowa); 3) oczekiwanego efektu zdrowotnego i jakości opieki (dodatek motywacyjny). Proponuje się doprecyzowanie przepisu § 33a ust. 1 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez dodanie do niego wyrazów „umów zawieranych ze świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej”.	Wejście w życie 30 listopada 2021 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (dziennikustaw.gov.pl)
29.11.2021	Zarządzenie Prezesa NFZ	ZARZĄDZENIE Nr 190/2021/DGL PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU	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	Wejście w życie 27 listopada 2021 r. z wyjątkiem § 1:	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

		ZDROWIA z dnia 26.11.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie programy lekowe	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 zwrodnienia 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	1) pkt 5 w zakresie świadczeń o kodach 5.08.08.0000 154 i 5.08.08.0000 155, 2) pkt 8 lit. b - które wchodzą w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.	
--	--	--	--	--	--

		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 11 do zarządzenia, określającego Katalog ryczałów za diagnostykę i polegają na: a) dodaniu kodów świadczeń: - 5.08.08.0000162 „Diagnostyka w programie leczenia amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona – 1 rok terapii”, - 5.08.08.0000163 „Diagnostyka w programie leczenia amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona – 2 i kolejny rok terapii”, - 5.08.08.0000164 „Diagnostyka w programie leczenia chorych z ciężką postacią atopowego zapalenia skóry”, - 5.08.08.0000165 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na zaawansowanego raka kolczystokomórkowego skóry cemiplimabem”, - 5.08.08.0000166 „Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek”, - 5.08.08.0000167 „Diagnostyka w programie leczenia dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną”, - 5.08.08.0000168 „Diagnostyka w programie leczenia dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną – 2 i kolejny rok terapii”, b) zmianie nazwy świadczenia o kodzie 5.08.08.0000127 z „Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem lub wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem – 1 rok terapii” na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem – 1 rok terapii”, c) zmianie nazwy świadczenia o kodzie 5.08.08.0000128 z „Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem lub wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem – 2 i kolejny rok terapii” na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem – 2 i kolejny rok terapii”, - w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym; 4) załącznika nr 1m do zarządzenia, określającego Katalog leków		
--	--	---	--	--

		refundowanych stosowanych w programach lekowych i polegają na: a) dodaniu kodów GTIN dla substancji czynnych: - 5.08.09.0000006 Bevacizumabum - GTIN: 05901797710989, 05901797710972, - 5.08.09.0000023 Factor VIII coagulationis humanus recombinate - GTIN: 05909990819515, 05909990010554, 05909990819317, 05909990819416, - 5.08.09.0000162 Carfilzomibum - GTIN: 05909991298470, 05909991256388, - 5.08.09.0000170 Benralizumabum – GTIN: 05000456059213, b) dodaniu substancji czynnych i kodów GTIN: - 5.08.09.0000209 Amifampridinum – GTIN: 05055956400706, - 5.08.09.0000210 Brolucizumabum – GTIN: 07613421034993, - 5.08.09.0000211 Cemiplimabum – GTIN: 05909991408329, - 5.08.09.0000212 Dupilumabum – GTIN: 05909991341435, - 5.08.09.0000213 Levofloxacinum – GTIN: 08025153003014, - 5.08.09.0000214 Tolvaptanum – GTIN: 05038256002115, 05038256002122, 05038256002139, - 5.08.09.0000215 Tyldrakizumabum – GTIN: 08430308131700, - w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym, 5) załącznika nr 2, określającego wzór umowy i polegają na dostosowaniu brzmienia § 4 „Warunki finansowania świadczeń” oraz brzmienia § 5 „Kary umowne” do przepisów wynikających z treści § 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.) - zmiana ma charakter porządkujący; 6) załącznika nr 3 do zarządzenia, określającego Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu programów lekowych i polegają na: a) zmianie wymagań do programu B.56 Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego w części „lekarze” oraz pozostałe zgodnie z wypracowanym stanowiskiem ekspertów przekazany przez Polskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej; b) zmianie wymagań dla programu B.61. Leczenie chorych na wczesnodziecięcą postać cystynozy nefropatycznej w części „organizacja udzielania świadczeń”, w związku z wnioskiem Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ;		
--	--	--	--	--

		c) zmianie nazwy zakresu dla programu B.103. z „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem lub wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem” na „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem”, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym; d) zmianie wymagań dla programu B.120. Leczenie chorych na cukrzycowy obrzęk płamki (DME) w części „pozostałe”, w uzgodnieniu z Konsultantem Krajowym w dziedzinie okulistyki; e) zmianie wymagań dla programu B.123. Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona w części „organizacja udzielania świadczeń”, w związku z wnioskiem Pana prof. dr hab. n. med. Piotra Sochy oraz zgodnie z uwagą zgłoszoną przez Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”; f) dodaniu wymagań dla programów lekowych: - B.121. Leczenie amifamprydyną pacjentów z Zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona, - B.124. Leczenie chorych z ciężką postacią atopowego zapalenia skóry, - B.125. Leczenie chorych na zaawansowanego raka kolczystokomórkowego skóry cemipilimabem, - B.126. Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek, - B.127. Leczenie dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną, - w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym; 7) załącznika nr 4 do zarządzenia, określającego Wykaz programów lekowych i polegają na: a) dodaniu substancji czynnej lewofloksacyna w programie lekowym B.27. „Leczenie przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą”, b) dodaniu substancji czynnej tyldrakizumab w programie lekowym B.47. „Leczenie umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej”, c) dodaniu substancji czynnej brolicizumab w programie lekowym B.70. „Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia płamki związanego z wiekiem (AMD)”, d) zmianie nazwy programu lekowego B.103. z „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem lub wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem” na „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem”,		
--	--	---	--	--

		e) dodaniu programów lekowych: - B.121. Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona, - B.124. Leczenie chorych z ciężką postacią atopowego zapalenia skóry, - B.125. Leczenie chorych na zaawansowanego raka kolczystokomórkowego skóry cemiplimabem, - B.126. Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek, - B.127. Leczenie dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną, - w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym; f) w poz. 104 dla programu B.125 Leczenie chorych na zaawansowanego raka kolczystokomórkowego skóry cemiplimabem, w kolumnie 4 - Rozpoznanie kliniczne ICD-10, dostosowaniu stopnia szczegółowości kodowania rozpoznania medycznego do obecnie obowiązujących regulacji prawnych tj. zmiana z C44.12, C44.22, C44.32, C44.42, C44.52, C44.62, C44.72, C44.82, C44.92 na C44.1, C44.2, C44.3, C44.4, C44.5, C44.6, C44.7, C44.8, C44.9, w związku z uwagą zgłoszoną przez Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ oraz Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli; 8) załącznika nr 5 do zarządzenia, określającego katalog współczynników korygujących w programach lekowych i polegają na obniżeniu progu kosztowego uprawniającego do zastosowania współczynnika korygującego dla substancji czynnych o kodach: - 5.08.09.0000001 adalimumabum: z 4,6955 na 4,0209, - 5.08.09.0000018 etanerceptum: z 4,8 na 4,2084, po analizie średnich cen leków w miesiącu sierpniu 2021 roku; 9) załącznika nr 9 do zarządzenia, określającego zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia chorób ultrarzadkich oraz weryfikację jego skuteczności, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym; 10) załącznika nr 10 do zarządzenia, określającego zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej oraz weryfikację jego skuteczności, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym; 11) załącznika nr 11 do zarządzenia, określającego zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia w chorobach siatkówki oraz weryfikację skuteczności leczenia i		
--	--	---	--	--

		polegają na usunięciu części 2 załącznika, tj. wzorów dokumentów w wersji papierowej, w związku z udostępnieniem elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych dla DME; 12) załącznika 25 do zarządzenia określającego zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia choroby Wilsona oraz weryfikację jego skuteczności, poprzez korektę błędnej nazwy programu lekowego w wielu miejscach załącznika, tj. z „Leczenie choroby Wilsona” na „Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona, w związku z uwagą zgłoszoną przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ; 13) dodania załącznika nr 26 do zarządzenia, określającego zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia chorych na raka kolczystokomórkowego skóry, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym. Brzmienie w § 4 i 5 zarządzenia wynika z konieczności zapewnienia ciągłości stosowania przepisów, zgodnie z ww. obwieszczeniem Ministra Zdrowia oraz zgodności z terminami obowiązywania decyzji administracyjnych Ministra Zdrowia w sprawie objęcia refundacją i określenia ceny urzędowej leków zawartych w niniejszym zarządzeniu. Wobec powyższego zarządzenie stosuje się do świadczeń udzielanych od dnia 1 listopada 2021 r., z wyjątkiem: 1) załącznika, o którym mowa w § 1: a) w pkt 8 lit. a do niniejszego zarządzenia, który stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 listopada 2021 r. do dnia 31 grudnia 2021 r., b) w pkt 8 lit. b niniejszego zarządzenia, który stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2022 r.; 2) § 1 pkt 7, w zakresie do załącznika nr 5 do zarządzenia, który stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 grudnia 2021 r. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania, z wyjątkiem § 1 pkt 4 w zakresie świadczeń o kodach 5.08.08.0000154 i 5.08.08.0000155 oraz § 1 pkt 8 lit. b, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2022 r. Zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zasięgnął opinii właściwych konsultantów krajowych, a także zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ustawy o świadczeniach, zasięgnął opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady		
--	--	--	--	--

		Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców. W dniach od 29 października 2021 r. do 12 listopada 2021 r. trwały konsultacje społeczne projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie programy lekowe. W trakcie konsultacji do ww. projektu zarządzenia odniosło się 31 podmiotów (w tym 3 oddziały wojewódzkie NFZ), z pośród których 11 nie zgłosiło uwag, a 1 po terminie. Łącznie otrzymano 50 stanowisk do przedmiotowego projektu, w tym 37 zawierających uwagi, 2 nie zawierające uwagi oraz 11 informujących o ich braku. Z przesłanych 37 uwag: • 25 uznano jako zasadne, • 2 uznano jako częściowo zasadne, • 3 wymaga dalszej analizy, • 7 oceniono jako niezasadne. Najważniejsze uwzględnione uwagi dotyczą: 1) załącznika nr 1m do zarządzenia określającego Katalog leków refundowanych stosowanych w programach lekowych: – zmiana zawartości opakowania: dla leku o kodzie GTIN 05000456059213: Fasenra, z „roztwór do wstrzykiwań” na „roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu”, w związku z uwagą zgłoszoną przez AstraZeneca AB; – zmiana w zakresie nazwy substancji czynnej o kodzie 5.08.09.0000162 z „karfilzomib” na „carfilzomibum”, w związku z uwagą zgłoszoną przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ; 2) załącznika nr 3 do zarządzenia określającego Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu programów lekowych: a) program lekowy B.56. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego - w części „lekarze – pozostałe” zmiana na jednolity zapis o treści: „przeprowadzenie w lokalizacji wielospecjalistycznej konsultacji z udziałem lekarza specjalisty w dziedzinie onkologii klinicznej – w przypadku realizacji programu przez lekarzy specjalistów w dziedzinie radioterapii onkologicznej lub urologii”. - w części „pozostałe” pozostawienie poprzedniego zapisu dotyczącego udzielania świadczeń w oddziale urologicznym i usunięcie zapisu		
--	--	--	--	--

		dotyczącego specjalistów w dziedzinie radioterapii onkologicznej, zgodnie z wypracowanym stanowiskiem ekspertów przekazany przez Polskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej; b) program lekowy B.103. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem – w części „pozostałe” wycofanie zapisu wprowadzenia wymogu jednoczesnej realizacji programu B.79 "Leczenie chorych przewlekłej białaczki limfocytowej obinutuzumabem" w związku z uwagą zgłoszoną przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ; c) program lekowy B.121. Leczenie amifamprydyną pacjentów z Zespołem miastennicznym Lamberta-Eatona, - w części „organizacja udzielania świadczeń” wykreślenie komórek o kodach: 1221 - poradnia neurologiczna dla dzieci, 4221 - oddział neurologiczny dla dzieci, 4671, HC.1.2., 58 - oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii dziecięcej - w części „lekarze” wykreślenie lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii dziecięcej w związku z uwagą zgłoszoną przez Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ, gdyż do programu zgodnie z opisem kwalifikowani są dorośli pacjenci; d) program lekowy B.122. Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczyń nerwowego o ciężkim przebiegu”, w części „lekarze”, sekcja dorośli oraz sekcja dzieci korekta legislacyjna poprzez oddzielenie specjalizacji lekarskich spójnikiem „lub”, w związku z uwagą zgłoszoną przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ; e) program lekowy B.123. Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona: - w części „organizacja udzielania świadczeń” dodanie komórek o kodach: 1650 - Poradnia transplantologiczna, 1651 - Poradnia transplantologiczna dla dzieci, w związku z uwagą zgłoszoną przez Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”; - w części „lekarze – pozostałe” korekta opisu dla dzieci – poprawne brzmienie to – „dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: neurologii dziecięcej lub gastroenterologii dziecięcej - w przypadku realizacji programu dla dzieci bez udziału lekarzy o takiej specjalizacji”, w związku z uwagą zgłoszoną przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ; f) program lekowy B.124. Leczenie chorych z ciężką postacią atopowego zapalenia skóry: - w części „organizacja udzielania świadczeń” dodanie komórek o		
--	--	--	--	--

			kodach: 1010 - poradnia alergologiczna, 4010 - oddział alergologiczny, 4670, HC.1.2., 36.- oddział leczenia jednego dnia o profilu alergologii, w związku z uwagą zgłoszoną przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie alergologii, prof. Karina Jahnz-Różyk, Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Dermatologii w Wenerologii prof. dr hab. n. med. Joanna Narbutt, Polskie Towarzystwo Alergologiczne; - w części „lekarze” dodanie lekarza specjalisty w dziedzinie alergologii, w związku z uwagą zgłoszoną przez Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Dermatologii w Wenerologii prof. dr hab. n. med. Joanna Narbutt, Polskie Towarzystwo Alergologiczne; 3) załącznika nr 4 do zarządzenia, określającego Wykaz programów lekowych i w poz. 104 dla programu B.125 Leczenie chorych na zaawansowanego raka kolczystokomórkowego skóry cemiplimabem, w kolumnie 4 - Rozpoznanie kliniczne ICD-10, dostosowanie stopnia szczegółowości kodowania rozpoznania medycznego do obecnie obowiązujących regulacji prawnych tj. zmiana z C44.12, C44.22, C44.32, C44.42, C44.52, C44.62, C44.72, C44.82, C44.92 na C44.1, C44.2, C44.3, C44.4, C44.5, C44.6, C44.7, C44.8, C44.9, w związku z uwagą zgłoszoną przez Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ oraz Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli; 4) załącznika 25 do zarządzenia określającego zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia choroby Wilsona oraz weryfikację jego skuteczności, poprzez korektę błędnej nazwy programu lekowego w wielu miejscach załącznika, tj. z „Leczenie choroby Wilsona” na „Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona, w związku z uwagą zgłoszoną przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ. Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący.		
29.11.2021	Obwieszczenie Ministra Zdrowia	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra	Ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z 2019 r. poz. 1199).		OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 12 października 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (dziennikustaw.gov.pl)

		Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego			
29.11.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych	Choroby rzadkie stanowią istotne wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej i społecznej, dotycząc 6-8% populacji każdego kraju. Uwzględniając krajowe dane demograficzne, szacuje się, że na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na choroby rzadkie cierpi od 2 do 3 milionów osób. Ustanowienie diagnostyki i leczenia chorób rzadkich jako priorytet zdrowotny uwidoczni pacjenta z chorobą rzadką w systemie ochrony zdrowia. Oczekiwanym efektem wprowadzenia Planu dla Chorób Rzadkich (uchwała nr 110 Rady Ministrów z dnia 24 sierpnia 2021 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Plan dla Chorób Rzadkich (M.P. poz. 883)) jako priorytetu zdrowotnego jest ukierunkowanie działań, które mają na celu poprawę dostępu do procesu diagnostycznego i terapeutycznego dla świadczeniobiorców cierpiących na choroby rzadkie.	Wejście w życie 27 listopada 2021 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych (dziennikustaw.gov.pl)
26.11.2021	Obwieszczenie Ministra Zdrowia	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie orzekania o stanie zdrowia nauczyciela	Ogłasza się w załączniku jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2018 r. w sprawie orzekania o stanie zdrowia nauczyciela akademickiego na potrzeby udzielenia urlopu dla poratowania zdrowia (Dz. U. poz. 1868).		OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 28 października 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie orzekania o stanie zdrowia nauczyciela akademickiego na potrzeby udzielenia urlopu dla poratowania zdrowia (dziennikustaw.gov.pl)

		akademickiego na potrzeby udzielenia urlopu dla poratowania zdrowia			
26.11.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie skierowań wystawianych w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej	Projekt rozporządzenia ma na celu określenie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej, dla których skierowania będą wystawiane w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej, zwanym dalej „SIM”, o którym mowa w art. 5 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 666 i 1292). Zgodnie z projektowaną zmianą wykaz skierowań wystawianych w postaci elektronicznej rozszerzony zostanie o : 1) skierowania na rehabilitację leczniczą u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 59 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz 2) skierowania na świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.	Wejście w życie 26 listopada 2021 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie skierowań wystawianych w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej (dziennikustaw.gov.pl)
26.11.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia	W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2020 r. poz. 857, 1404 i 1950) dodaje się chirurgiczną asystę lekarza	Wejście w życie 26 listopada 2021 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (dziennikustaw.gov.pl)
26.11.2021	Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia	Zmiana rozporządzenia spowodowana jest koniecznością uzupełnienia we wzorze Karty zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby	Konsultacje społeczne do	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

	Ministra Zdrowia	Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi	przebywającej w szpitalu psychiatrycznym, innym zakładzie leczniczym albo w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, w pkt 9 Ocena zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego kierownika podmiotu leczniczego/upoważnionego lekarza o zastosowaniu przymusu bezpośredniego – podstawy prawnej zastosowania przymusu bezpośredniego o art. 34 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, zwanej dalej „ustawą”, zgodnie z którym wobec osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody przymus bezpośredni można stosować, poza okolicznościami określonymi w art. 18 ustawy, także wtedy, gdy jest to konieczne do dokonania niezbędnych czynności leczniczych, o których mowa w art. 33 ustawy. Przymus bezpośredni można także stosować w celu zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu przez tę osobę szpitala psychiatrycznego. Ponadto, proponuje się zmiany we wzorze Oceny stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej mające na celu usunięcie niedostatków redakcyjnych polegających na pominięciu godz. 00:30 oraz numerowaniu zachowań z pominięciem cyfry 7 w odnośniku dotyczącym kolumny „Zachowanie”. Wprowadzenie odpowiednich zmian we wzorze Karty zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby przebywającej w szpitalu psychiatrycznym, innym zakładzie leczniczym albo w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej oraz we wzorze Oceny stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej.	16 grudnia 2021 r. (dep-zp@mz.gov.pl)	
25.11.2021	Zarządzenie Prezesa NFZ	ZARZĄDZENIE Nr 188/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 24.11.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów	Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.). Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem polegają na podniesieniu współczynnika stosowanego przy rozliczaniu porad pierwszorazowych udzielanych świadczeniobiorcom powyżej 18. roku życia, wykonywanych w poradniach specjalistycznych następujących specjalności: alergologia, endokrynologia, kardiologia i neurologia do wysokości 1,8. Powyższe zmiany wprowadzone zostały w celu zwiększenia liczby nowych pacjentów, którzy będą szybko przyjmowani i diagnozowani w	Wejść w życie 25 listopada 2021 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

		o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna	trybie ambulatoryjnym, co powinno skrócić czas oczekiwania na poradę specjalistyczną. Utrzymano jednocześnie pozostałe zasady rozliczania porad pierwszorazowych. Przepisy zarządzenia mają zastosowanie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych nie wcześniej niż od dnia 1 listopada 2021 r. Szacowane skutki finansowe modyfikacji wdrożonych w niniejszym zarządzeniu określono w wysokości ok. 42 917 502 zł, w tym: - w roku 2021 (od listopada) ok. 6 131 072 zł, - w roku 2022 (12 m-cy) ok. 36 786 430 zł. Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2020 r. poz. 320, z późn. zm.), został przedstawiony do konsultacji zewnętrznych. W ramach konsultacji 8 podmiotów wyraziło opinię, natomiast 6 z nich zgłosiło uwagi do projektu zarządzenia. Świadczeniodawcy wnioskowali o modyfikację wyceny wszystkich świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz o objęcie przedmiotowym współczynnikiem również innych zakresów. Zgłoszone uwagi nie zostały uwzględnione, ponieważ wykraczają poza zakres wprowadzanych zarządzeniem zmian.		
25.11.2021	Zarządzenie Prezesa NFZ	ZARZĄDZENIE Nr 187/2021/GPF PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 24.11.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie powołania Zespołu do spraw monitorowania prawidłowości postępowania w	Nowelizacja zarządzenia Nr 28/2020/GPF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 marca 2020 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw monitorowania prawidłowości postępowania w przypadkach podejrzenia lub zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 polega na wprowadzeniu zmian w zakresie składu osobowego Zespołu oraz sprawozdawczości.	Wejście w życie 25 listopada 2021 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

		przypadkach podejrzenia lub zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2			
25.11.2021	Zarządzenie Prezesa NFZ	ZARZĄDZENIE Nr 186/2021/GPF PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 24.11.2021 r. w sprawie rozwiązania zespołu do spraw organizacji szczepień populacji przeciwko COVID-19	Niniejszym zarządzeniem rozwiązuje się zespół do spraw organizacji szczepień populacji przeciwko COVID-19, powołany zarządzeniem Nr 198/2020/GPF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2020 r. w sprawie powołania zespołu do spraw organizacji szczepień populacji przeciwko COVID-19. Konieczność rozwiązania zespołu do spraw organizacji szczepień populacji przeciwko COVID-19, wynika z objęcia przez Biuro Profilaktyki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia zadań związanych z organizacją szczepień przeciw COVID-19, które dotychczas były realizowane przez zespół do spraw organizacji szczepień populacji przeciwko COVID-19. W związku z powyższym, Przewodniczący Zespołu, w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie niniejszego zarządzenia, zobowiązany został do przedstawienia Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia raportu końcowego z działalności zespołu. Jednocześnie, konsekwencją rozwiązania zespołu do spraw organizacji szczepień populacji przeciwko COVID-19, jest utrata mocy zarządzenia Nr 198/2020/GPF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2020 r. w sprawie powołania zespołu do spraw organizacji szczepień populacji przeciwko COVID-19	Wejście w życie 25 listopada 2021 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków
25.11.2021	Obwieszczenie Ministra Zdrowia	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie preparatów zawierających	Ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2015 r. w sprawie preparatów zawierających środki odurzające lub substancje psychotropowe, które mogą być posiadane i stosowane w celach medycznych oraz do badań klinicznych, po uzyskaniu zgody wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego (Dz. U. poz. 1819)		OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 3 listopada 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie preparatów zawierających środki odurzające lub substancje psychotropowe, które mogą być posiadane i stosowane w celach medycznych oraz do badań klinicznych, po uzyskaniu zgody wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego (dziennikustaw.gov.pl)

		środki odurzające lub substancje psychotropowe, które mogą być posiadane i stosowane w celach medycznych oraz do badań klinicznych, po uzyskaniu zgody wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego			
25.11.2021	Ustawa	Ustawa z dnia 17 listopada 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw	Wprowadzenie możliwości korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, na zasadach analogicznych jak te, które obowiązywały przed wyjściem tego kraju z UE; nowe przepisy będą miały pozytywny wpływ z punktu widzenia zabezpieczenia dostępu do szczepień przeciwko COVID-19, ponadto, cudzoziemcy objęci ubezpieczeniem społecznym z tytułu wykonywania legalnej pracy w Polsce, którzy nie mogą uzyskać obecnie statusu osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym, uzyskają ten status 1. Z dniem 1 stycznia 2021 r. zaczął obowiązywać protokół w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego do Umowy o Handlu i Współpracy między Unią Europejską i Europejską Wspólnotą Energii Atomowej, z jednej strony, a Zjednoczonym Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, z drugiej strony (Dz. Urz. UE L 444 z 31.12.2020, str. 14), zwany dalej „protokołem”, na mocy którego w relacjach ze Zjednoczonym Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, zwanym dalej „Zjednoczonym Królestwem”, zachowane zostają uprawnienia do korzystania z rzeczowych świadczeń zdrowotnych w sytuacjach transgranicznych, na zasadach analogicznych do obowiązujących w ramach unijnych przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Konieczne jest uwzględnienie protokołu w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.	Wejście w życie 9 grudnia 2021 r. z wyjątkiem art. 1 pkt 1, pkt 2 lit. a i lit. c tiret pierwsze–trzecie, pkt 3, 5–7, 9, pkt 10 lit. a, lit. b tiret pierwsze, lit. c tiret pierwsze oraz lit. d, a także pkt 15, które wchodzi w życie z dniem następujący	Ustawa z dnia 17 listopada 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (dziennikustaw.gov.pl)

		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	m po dniu ogłoszenia, z mocą od dnia 1 stycznia 2021 r., oraz art. 4, który wchodzi w życie z dniem następujący m po dniu ogłoszenia, z mocą od dnia 1 października 2021 r	
--	--	---	---	--

			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		
23.11.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie metody zapobiegania grypie sezonowej w sezonie 2021/2022	Szczepieniami obejmuje się osoby, które najpóźniej w dniu przeprowadzenia szczepienia ukończyły 18. rok życia, wykonywane przy użyciu szczepionki przeciwko grypie dedykowanej na sezon 2021/2022 do dnia 31 marca 2022 r. lub do wyczerpania stanów magazynowych Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych.	Wejście w życie 23 listopada 2021 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie metody zapobiegania grypie sezonowej w sezonie 2021/2022 (dziennikustaw.gov.pl)
23.11.2021	Obwieszczenie Marszałka Sejmu	Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 29 października 2021 r. w	Ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 1842)		Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 29 października 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem

		sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych			COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (dziennikustaw.gov.pl)
23.11.2021	Uchwała Rady Ministrów	Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Program wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022-2023”	Celem Programu wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022-2023, zwanego dalej „Programem” jest poprawa efektywności leczenia pacjentów oddziałów udzielających stacjonarnych świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży poprzez wsparcie inwestycji infrastrukturalnych na tych oddziałach. Projektowana regulacja wynika z konieczności wsparcia oddziałów udzielających stacjonarnych świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży. W Polsce świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży udziela 46 oddziałów stacjonarnych. Trudna sytuacja oddziałów jest podnoszona przez wielu specjalistów m.in. konsultantów krajowych i wojewódzkich, Rzecznika Praw Dziecka, Rzecznika Praw Pacjenta. W ostatnich latach oddziały borykają się z licznymi problemami wynikającymi m.in. ze zwiększającej się liczby pacjentów korzystających z systemu ochrony zdrowia psychicznego czy konieczności dostosowywania oddziałów do standardów nowoczesnej opieki psychiatrycznej. Sytuację dodatkowo pogorsza epidemia COVID-19, w wyniku której nastąpiła konieczność realizacji inwestycji związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem jej skutków. Jednym ze skutków epidemii COVID-19 jest konieczność udzielania świadczeń pacjentom z podejrzeniem lub potwierdzeniem zakażenia SARS-CoV-2 i współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi, jak również zwiększone ryzyko wystąpienia zaburzeń i chorób psychicznych wśród dzieci i młodzieży.	Planowany termin przyjęcia projektu przez RM - IV kwartał 2021 r.	Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Program wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022-2023” - Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów - BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (kprm.gov.pl)

		W 2021 r. ogłoszony został nabór wniosków na działania inwestycyjne finansowane z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19. Nabór spotkał się z dużym zainteresowaniem ze strony świadczeniodawców – złożonych zostało 34 wniosków na łączną sumę ponad 60 mln zł. W związku z powyższym konieczne jest przygotowanie systemu ochrony zdrowia psychicznego, zwłaszcza świadczeniodawców udzielających świadczeń w trybie stacjonarnym na konieczność udzielania efektywnej pomocy pacjentom doświadczającym negatywnych skutków epidemii COVID-19, w tym osobom z zakażeniem lub podejrzeniem zakażenia COVID-19, jak również dzieciom i młodzieży doświadczającym pogorszenia stanu zdrowia psychicznego w związku z epidemią i obostrzeniami, a także związanymi z tym zmianami społecznymi. Głównym założeniem jest dostosowanie infrastruktury do wymagań prawnych, funkcjonalnych, która to zapewni bezpieczne udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz zwiększenie efektywności udzielanych świadczeń przez umożliwienie stosowania nowoczesnych form terapii. Wsparcie kierowane będzie do podmiotów leczniczych udzielających stacjonarnych świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, w rodzaju: 1) Świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży; 2) Leczenie zaburzeń nerwicowych dla dzieci i młodzieży; 3) Świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich; 4) Świadczenia opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne dla dzieci i młodzieży; 5) Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne dla dzieci i młodzieży; 6) Świadczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w hostelu. Dokładny wykaz oddziałów, na których realizowany będzie program oraz zakres rzeczowy programu zostanie określony w drodze konkursu prowadzonego przez Ministerstwo Zdrowia. Realizacja Programu ma na celu rozwój i doskonalenie systemu opieki zdrowotnej m. in. przez: 1) zwiększenie efektywności funkcjonowania podmiotu, co ma bezpośrednie przełożenie na usprawnienie systemu ochrony zdrowia; 2) poprawę jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia; 3) poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego populacji dzieci i młodzieży w Polsce;		
--	--	---	--	--

			4) zwiększenie dostępności do specjalistycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych, co pozwoli na zachowanie/utrzymanie aktywności zawodowej; 5) podniesienie poziomu wiedzy dotyczącej prawidłowego funkcjonowania systemu opieki, w tym kompleksowej i koordynowanej; 6) skrócenie czasu i kosztów hospitalizacji pacjentów; 7) zwiększenie jakości działań w obszarze diagnostyki i terapii w zakresie opieki psychiatrycznej; 8) podniesienie jakości opieki nad pacjentem i standardu obsługi. Koszt realizacji Programu wyniesie 40 mln rocznie (w ciągu 2 lat 80 mln zł).		
22.11.2021	Zarządzenie Prezesa NFZ	Projekt zarządzenie zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”	Niniejsze zarządzenie, zmieniające zarządzenie nr 178/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach” oraz art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. 2020 poz. 1329). W związku z ograniczoną dostępnością do świadczeń w zakresie Dziecięcej Opieki Koordynowanej (DOK), biorąc pod uwagę zalecenia pokontrolne Najwyższej Izby Kontroli oraz postulaty świadczeniodawców realizujących DOK wprowadzono modyfikację rozliczania świadczeń pozwalającą bardziej elastycznie realizować plan opieki. Zmiany polegają na możliwości udziału w ocenie kwartalnej i rocznej, zamiast (obowiązkowego dotychczas) okulisty, innego lekarza specjalisty, w zależności od wskazań medycznych (zgodnie z decyzją lekarza koordynującego) oraz dodaniu do katalogu świadczeń produktu rozliczeniowego: „dodatkowa konsultacja jednego lekarza specjalisty innego niż uczestniczący w poradach kompleksowych (częstotliwość: 24 razy w 3 letnim cyklu leczenia tj. 8 porad rocznie)” z możliwością jej rozliczania na zasadach określonych w zarządzeniu. W opisie zasad realizacji świadczeń wskazano także, aby częstotliwość wizyt w poradni była możliwie najmniejsza, w celu minimalnego obciążenia dziecka i	Uwagi i opinie do 3 grudnia 2021 r. (aos.dsoz@nfz.gov.pl)	Projekty zarządzeń / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

			jego opiekunów. Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Zakłada się, że w wyniku zwiększenia liczby podmiotów realizujących DOK nastąpi przesunięcie do przedmiotowego zakresu środków wydatkowanych aktualnie na świadczenia realizowane w ramach innych zakresów świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i rehabilitacji leczniczej, zatem zmiana zarządzenia nie powinna generować skutków finansowych. Zarządzenie stosowane będzie do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 stycznia 2022 r. Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2020 r. poz. 320, z późn. zm.), został przedstawiony do konsultacji zewnętrznych. W ramach konsultacji publicznych projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych), reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust.1 ustawy o świadczeniach.		
22.11.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego	Zgodnie z założeniami Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030, której nadrzędnym celem jest zwiększenie wykrywalności nowotworów we wczesnych stadiach oraz poprawa jakości życia w trakcie i po ukończonym leczeniu konieczne jest kontynuowanie działań na rzecz poprawy wyników leczenia dzieci i młodzieży z wykrytymi nowotworami w ramach świadczeń gwarantowanych. Zarówno zakup endoprotez na potrzeby leczenia dzieci z nowotworami kości jak i monitorowanie minimalnej choroby resztkowej początkowo były finansowane z budżetu Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, a od lutego 2020 r. są finansowane z budżetu Narodowej Strategii Onkologicznej. Z uwagi, iż finansowanie w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej ww. zadań z zakresu onkologii dziecięcej kończy się 31 grudnia 2021 r., w celu zachowania ciągłości ich udzielania i objęcia finansowaniem ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „NFZ”. konieczne jest wyodrębnienie powyższych świadczeń w ramach świadczeń	Konsultacje społeczne do 29 listopada 2021 r. (uwagi.swiadczeniagwarantowane@mz.gov.pl)	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

			gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego od dnia 1 stycznia 2022 r. Zmiana rozporządzenia 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.), wprowadzająca świadczenia wraz z warunkami ich realizacji: 1) „Leczenie rekonstrukcyjne z wykorzystaniem endoprotez onkologicznych u pacjentów do ukończenia 18. roku życia”, 2) „Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej metodą molekularną i metodą wielokolorowej cytometrii przepływowej w ostrych białaczkach u dzieci” - ma na celu zwiększenie dostępu do wysokospecjalistycznego leczenia oszczędzającego i monitorowania stanu czynnościowego narządów po leczeniu przeciwnowotworowym. Wprowadzenie świadczenia gwarantowanego związanego z leczeniem rekonstrukcyjnym z wykorzystaniem endoprotez onkologicznych dedykowanych pacjentom do ukończenia 18. roku życia, obejmuje radykalne wycięcie nowotworu (potwierdzone badaniem histopatologicznym śródoperacyjnym) wraz z jednoczasowym uzupełnieniem dużego ubytku kości, umożliwiającym szybkie uruchomienie pacjenta oraz kontynuację leczenia chemioterapeutycznego. Do leczenia oszczędzającego pacjentów każdorazowo kwalifikuje zespół ekspertów, który dokonuje oceny rozległości resekcji oraz przeprowadza ekspertyzę w zakresie indywidualnego doboru endoprotezy dla pacjentów do ukończenia 18. roku życia. W populacji pediatrycznej konieczne jest stosowanie specjalnych endoprotez, tzw. rosnących z systemem umożliwiającym bezinwazyjne wydłużenie kończyny wraz z postępującym wzrostem pacjenta, za pomocą pola elektromagnetycznego oraz wydłużalnych mechanicznie. W przypadku nietypowego zakresu resekcji kości, wieku lub lokalizacji guza, implementowane endoprotezy są wykonywane na specjalne zamówienie, w tym również wytworzonych za pomocą techniki 3D. Implanty wykonane są ze specjalnych tworzyw, pokrytych powłoką, w celu prewencji zakażeń i zminimalizowania reakcji organizmu na implant. By tego typu interwencja przyniosła pożądany efekt, leczenie powinno być prowadzone przez wyspecjalizowany ośrodek i wsparte rehabilitacją leczniczą. Wprowadzenie świadczenia związanego z monitorowaniem minimalnej choroby resztkowej (MRD) w poszczególnych podtypach choroby		
--	--	--	---	--	--

			nowotworowej krwi u dzieci jest ważne dla podejmowania decyzji terapeutycznych. Dla osiągnięcia celu konieczne jest wykorzystanie strategii postępowania opartej na ocenie MRD oznaczanej równocześnie przy pomocy metody cytofluorometrycznej i technik molekularnych, co daje szansę na zmniejszenie toksyczności i redukcję kosztów leczenia białaczki u dzieci. W projekcie dodano również w załączniku nr 1 do części II „Świadczenia scharakteryzowane rozpoznaniem”, brakujące kody rozpoznaw ICD-10 tj. C40 oraz C41, które umożliwią poprawne oznaczenie problemów zdrowotnych, w tym poprawną kwalifikację do świadczenia „Leczenie rekonstrukcyjne z wykorzystaniem endoprotez onkologicznych u pacjentów do ukończenia 18. roku życia”.		
22.11.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie apteczek okrętowych i apteczek medycznych oraz wzoru karty zdrowia dla marynarza na statku morskim	W związku z art. 79 ustawy z dnia 11 września 2019 r. o pracy na statkach rybackich (Dz. U. poz. 2197) zaistniała konieczność ponownego określenia wymogów w sprawie apteczek okrętowych i apteczek medycznych na statkach morskich oraz wzoru karty zdrowia dla marynarza na statku morskim, a tym samym wydania nowego rozporządzenia na podstawie art. 72 ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o pracy na morzu (Dz. U. z 2020 r. poz. 1353, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o pracy na morzu”, w miejsce dotychczasowego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 2015 r. w sprawie apteczek okrętowych i apteczek medycznych oraz wzoru karty zdrowia dla marynarza na statku morskim (Dz. U. poz. 2106). Projekt rozporządzenia określa wymagania dotyczące wyposażenia apteczek okrętowych w odpowiednie rodzaje i ilości produktów leczniczych, wyrobów medycznych i odtrutek oraz ich ewidencjonowania, a także wymagania dotyczące wyposażenia środków ratunkowych w apteczki medyczne, odpowiednie rodzaje i ilości produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz ich ewidencjonowania. W stosunku do dotychczasowego rozporządzenia w projekcie rozporządzenia usunięto odniesienia do statków rybackich z uwagi na fakt, że ustawa o pracy na morzu – po wejściu w życie ustawy z dnia 11 września 2019 r. o pracy na statkach rybackich – reguluje kwestie pracy wyłącznie na statkach handlowych. Natomiast art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. o pracy na statkach rybackich wskazuje, że do wyposażenia apteczki okrętowej, jej przechowywania, kontrolowania, wymiany oraz ewidencjonowania jej zawartości stosuje się odpowiednio przepisy o pracy na morzu. Zatem	Konsultacje społeczne do 23 listopada 2021 r. (dep-zp@mz.gov.pl)	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

			przedmiotowy projekt zastosowanie będzie miał również do statków rybackich. Projekt zakłada konieczność wdrożenia przepisów dyrektywy Komisji (UE) 2019/1834 z dnia 24 października 2019 r. zmieniającej załączniki II i IV do dyrektywy Rady 92/29/EWG w odniesieniu do nowych wymagań dotyczących wyposażenia apteczek okrętowych w odpowiednie produkty lecznicze i wyroby medyczne, według grup wskazań terapeutycznych w odniesieniu do określonych rodzajów statków oraz odpowiednie rodzaje odtrutek, w jakie wyposaża się apteczki okrętowe wynikających ww. dyrektywy. W projekcie rozporządzenia określono także wzór ewidencji produktów leczniczych, wyrobów medycznych i odtrutek (załącznik nr 4 do rozporządzenia).		
19.11.2021	Ustawa	Rządowy projekt ustawy o wyrobach medycznych (druk 1764)	zapewnienia sprawnego funkcjonowania rynku wewnętrznego w obszarze wyrobów medycznych i wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro, przyjmując jako podstawę wysoki poziom ochrony zdrowia z myślą o pacjentach i użytkownikach, z uwzględnieniem małych i średnich przedsiębiorstw działających w tym sektorze	Pierwsze czytanie Sejm - 1- grudnia 2021 r.	https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/87BBD44FD284677EC125878F0039A90D/%24File/1764.pdf
19.11.2021	Obwieszczenie Ministra Zdrowia	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szkoleń osób, których czynności bezpośrednio wpływają na jakość komórek, tkanek lub narządów, a także	Ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2010 r. w sprawie szkoleń osób, których czynności bezpośrednio wpływają na jakość komórek, tkanek lub narządów, a także bezpieczeństwo dawców i biorców (Dz. U. poz. 403), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie szkoleń osób, których czynności bezpośrednio wpływają na jakość komórek, tkanek lub narządów, a także bezpieczeństwo dawców i biorców (Dz. U. poz. 2066).		OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 22 października 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szkoleń osób, których czynności bezpośrednio wpływają na jakość komórek, tkanek lub narządów, a także bezpieczeństwo dawców i biorców (dziennikustaw.gov.pl)

		bezpieczeństwo dawców i biorców			
19.11.2021	Zarządzenie Prezesa NFZ	ZARZĄDZENIE Nr 184/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 18.11.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19	Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 42/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 marca 2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 stanowi wykonanie polecenia Ministra Zdrowia wyrażonego w decyzji z dnia 17 listopada 2021 r. (znak: DLU.736.642.2021.AŻ). Na podstawie ww. polecenia wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 prowadzonym przez Narodowy Fundusz Zdrowia od dnia 18 listopada 2021 r. obejmuje nie więcej niż dwa izolatoria na terenie danego województwa. Z uwagi na pogarszającą się sytuację epidemiczną, której rezultatem jest stale zwiększająca się liczba osób zakażonych wirusem SARS-CoV-2, co powoduje zwiększoną liczbę osób wymagających izolacji, zasadne jest zwiększenie liczby funkcjonujących izolatoriów. Przedmiotowe świadczenia będą finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. Przepisy zarządzenia wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania i stosuje się je do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 18 listopada 2021 r.	Wejście w życie 19 listopada 2021 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków
19.11.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”	Stan zagrożenia epidemicznego, a następnie stan epidemii powodujący liczne zakażenia wirusem SARS-CoV-2, w tym związana z nim zmiana stylu życia, wpłynęły przede wszystkim na ograniczenie aktywności fizycznej oraz wzrost natężenia stresu, potęgując przy tym ryzyko zachorowania na najczęstsze choroby tzw. cywilizacyjne, takie jak choroby układu krążenia czy choroby metaboliczne. Dlatego też mając na uwadze konsekwencje jakie niesie obecna sytuacja epidemiczna zasadne jest wydłużenie etapu realizacji programu pilotażowego, który pozwoli na powszechne objęcie świadczeniobiorców od 40. roku życia profilaktyczną diagnostyką laboratoryjną w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych. Wprowadzenie zmian w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14	Konsultacje społeczne do 25 listopada 2021 r. (dep-zp@mz.gov.pl)	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

			czerwca 2021 r. w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” (Dz. U. poz. 1081), wynika z konieczności: 1) wydłużenia etapu realizacji o kolejne 6 miesięcy, tj. do dnia 30 czerwca 2022 r.; 2) wydłużenia etapu ewaluacji programu pilotażowego, trwającego 3 miesiące od dnia zakończenia etapu realizacji programu pilotażowego. Termin, w którym Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „NFZ”, dokonuje oceny wyników programu pilotażowego wydłużono do dnia 30 września 2022 r.; 3) dodania w załączniku nr 1 do rozporządzenia „Wykaz świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach programu pilotażowego, szczegółowe kryteria kwalifikacji świadczeniobiorców oraz warunki organizacji i realizacji programu pilotażowego, w tym dotyczące personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną” w kolumnie „Warunki organizacji i realizacji programu pilotażowego” do obecnego personelu medycznego oprócz lekarza, felczera, pielęgniarki także położną, diagnostę laboratoryjny lub ratownika medycznego.		
18.11.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2021 r. w sprawie podziału kwoty środków finansowych w 2022 r. stanowiącej wzrost całkowitego budżetu na refundację	W związku ze wzrostem całkowitego budżetu na refundację w roku rozliczeniowym (2022 r.) w stosunku do całkowitego budżetu na refundację w roku poprzedzającym (2021 r.) ustala się kwotę środków finansowych przeznaczonych na: 1) finansowanie dotychczas nieobjętych refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, które nie mają swojego odpowiednika refundowanego w danym wskazaniu, z zakresu, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 14–16 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 i 1292), do kwoty 176.503.000 zł; 2) finansowanie przewidywanego wzrostu refundacji w wybranych grupach limitowych wynikającego ze zmian w Charakterystyce Produktu Leczniczego lub ze zmian praktyki klinicznej do kwoty 7.889.000 zł; 3) refundację, w części dotyczącej finansowania świadczeń, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 14 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, do kwoty 251.204.000 zł. Rekomendowanym rozwiązaniem jest wprowadzenie zmiany w regulacji dotyczącej podziału kwoty środków finansowych stanowiącej wzrost całkowitego budżetu na refundację leków, środków	Wejście w życie 1 grudnia 2021 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2021 r. w sprawie podziału kwoty środków finansowych w 2022 r. stanowiącej wzrost całkowitego budżetu na refundację (dziennikustaw.gov.pl)

			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.		
18.11.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kursu reedukacyjnego w zakresie problematyki przeciwalkoholowej i przeciwdziałania narkomanii oraz szczegółowych warunków i trybu kierowania na badania lekarskie lub badania psychologiczne w zakresie psychologii transportu	Projektowane rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kursu reedukacyjnego w zakresie problematyki przeciwalkoholowej i przeciwdziałania narkomanii oraz szczegółowych warunków i trybu kierowania na badania lekarskie lub badania psychologiczne w zakresie psychologii transportu jest wydawane na podstawie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami. Konieczność jego wydania wynika ze zmiany upoważnienia zawartego w art. 4 pkt 36 lit. b ustawy z dnia 14 października 2021 r. o zmianie ustawy o transporcie drogowym oraz niektórych innych ustaw dotyczącego art. 105 ust. 5 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami. Projektowane rozporządzenie zawiera jedynie zmianę odesłań do ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami w zakresie art. 105 w ust. 5 w pkt 1 i 2 dotycząca zastąpienia wyrazów „art. 99 ust. 1 pkt 5” wyrazami „art. 98a ust. 1 pkt 2” oraz rezygnacji z wydawania decyzji przez właściwego starostę o skierowaniu osoby na badanie psychologiczne przeprowadzane w celu ustalenia istnienia lub braku przeciwwskazań psychologicznych do kierowania pojazdem, gdyż z dniem 5 grudnia 2021 r. starosta będzie wysyłać jedynie informację o obowiązku poddania się odpowiednio badaniom lekarskim, badaniom psychologicznym lub o obowiązku ukończenia odpowiednich kursów reedukacyjnych, zgodnie z art. 98a ust. 3 dodaną ustawą z dnia 14 października 2021 r. (Dz. U. poz. 1997). Pozostała część projektowanego rozporządzenia w stosunku do poprzedniego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2012 r. w sprawie kursu reedukacyjnego w zakresie problematyki przeciwalkoholowej i przeciwdziałania narkomanii oraz szczegółowych warunków i trybu kierowania na badania lekarskie lub badania psychologiczne w zakresie psychologii transportu (Dz. U. z 2019 r. poz. 140 i 2111) nie uległa zmianie.	Konsultacje społeczne do 20 listopada 2021 r. (dep-zp@mz.gov.pl)	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

15.11.2021	Zarządzenie Ministra Zdrowia	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2021 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw pionizacji Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej	Zadaniem Zespołu jest: 1) omówienie koncepcji pionizacji Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej; 2) zaopiniowanie projektów dokumentów przedstawionych przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego związanych z koncepcją pionizacji Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej.	Wejście w życie 11 listopada 2021 r.	Zarządzenie z dnia 10 listopada 2021 r. (mz.gov.pl)
15.11.2021	Obwieszczenie Ministra Zdrowia	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego	Ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. poz. 1213)		OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 15 października 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (dziennikustaw.gov.pl)
10.11.2021	Obwieszczenie Ministra Zdrowia	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra	Ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 maja 2017 r. w sprawie szkolenia pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników (Dz. U. poz. 1026)	Wejście w życie 10 listopada 2021 r.	OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 18 października 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szkolenia pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników (dziennikustaw.gov.pl)

		Zdrowia w sprawie szkolenia pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników			
09.11.2021	Zarządzenie Prezesa NFZ	ZARZĄDZENIE Nr 181/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 08.11.2021 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR	Założeniem i celem programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej, zwanego dalej „programem pilotażowym”, jest poprawa jakości i efektywności leczenia świadczeniobiorców w wieku od 18. roku życia z rozpoznaniem ICD-10: E66.0 – otyłością spowodowaną nadmierną podażą energii, u których wskaźnik masy ciała BMI $\geq 40 \text{ kg/m}^2$, oraz świadczeniobiorcami z BMI 35 – 40 kg/m^2, 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	Wejście w życie 9 listopada 2021 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

			ciała zarówno we wczesnym, jak i odległym okresie pooperacyjnym. W ramach programu pilotażowego zakłada się stosowanie protokołów kompleksowej opieki okołoperacyjnej 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.		
09.11.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2021 r. w sprawie trybu, sposobu i warunków wykonywania zadań przez Państwową Inspekcję Sanitarną na terenie obiektów Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu i Centralnego Biura Antykorupcyjnego	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	Wejście w życie 9 listopada 2021 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2021 r. w sprawie trybu, sposobu i warunków wykonywania zadań przez Państwową Inspekcję Sanitarną na terenie obiektów Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu i Centralnego Biura Antykorupcyjnego oraz w stosunku do funkcjonariuszy Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu i Centralnego Biura Antykorupcyjnego (dziennikustaw.gov.pl)

		Centralnego Biura Antykorupcyjnego oraz w stosunku do funkcjonariuszy Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu i Centralnego Biura Antykorupcyjnego	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.		
09.11.2021	Rozporządzenie Ministra	Projekt rozporządzenia Ministra	Projekt rozporządzenia doprecyzuje szczegółowy zakres danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji, zwanego dalej „zdarzeniem medycznym”, które od dnia 1 lipca 2021 r. są	Konsultacje społeczne do 19 listopada	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

	Zdrowia	Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowego zakresu danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji oraz sposobu i terminów przekazywania tych danych do Systemu Informacji Medycznej	przekazywane do Systemu Informacji Medycznej, o czym stanowi art. 56 ust. 2a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Doprecyzowanie szczegółowego zakresu danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w SIM jak również zasad ich przekazywania przełoży się na zwiększenie dostępności i przejrzystości informacji przekazywanych do SIM, usprawni pracę personelu medycznego, ułatwi obieg dokumentacji medycznej i ograniczy koszty jej udostępniania. W przedmiotowym projekcie proponuje się określenie danych służących do identyfikacji usługodawcy, o którym mowa w art. 5 pkt 41 lit. b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.). Do danych tych zaliczono 9-cyfrowy numer REGON oraz 10-cyfrowy numer NIP. Natomiast odnośnie do miejsca udzielania świadczenia zdrowotnego, w przypadku tej grupy usługodawców ma ono być określane przez przekazanie następujących danych: nazwy miejscowości, kodu pocztowego, ulicy, numeru domu i lokalu. Projekt rozporządzenia rozszerza katalog danych usługobiorcy o kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju miejsca zamieszkania usługobiorcy (lub ewentualnie miejsca pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli usługobiorca nie posiada tego pierwszego). Dotychczas przedmiotowa dana miała być zbierana fakultatywnie. Mając jednak na uwadze istotny walor identyfikacyjny ww. danych, zdecydowano się na rozszerzenie tego obowiązku w odniesieniu do wszelkich rodzajów świadczeń zdrowotnych. Ponadto katalog przekazywanych przez usługodawców danych, pozwalających na identyfikację usługobiorcy, rozszerzono o dane odnoszące się do wyrobów medycznych zaimplantowanych u usługobiorcy, informacji o alergiach występujących u usługobiorcy, jego grupie krwi oraz ciąży. Obligatoryjny obowiązek przekazywania do SIM danych pozwalających na identyfikację usługobiorcy, o który rozszerzono dotychczasowy katalog, obowiązywać będzie od dnia 1 lipca 2022 r. Projekt rozporządzenia określa mechanizm przekazywania do SIM danych w przypadku udzielania świadczenia zdrowotnego lub realizacji określonej procedury medycznej (będącej elementem raportowanego zdarzenia medycznego) przez podwykonawcę usługodawcy, tj. przez podmiot trzeci, któremu usługodawca powierzył udzielenie świadczenia	2021 r.	
--	---------	--	---	---------	--

			lub wykonanie tej procedury medycznej. To właśnie podwykonawca będzie zobligowany przekazywać do SIM dane dotyczące wykonania konkretnej procedury lub udzielenia świadczenia. Dane te są zobowiązani przekazywać zarówno usługodawcy udzielający świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, jak i usługodawcy realizujący je komercyjnie. Projekt rozporządzenia zakłada ponadto uwzględnienie dodatkowych informacji do katalogu danych przekazywanych do SIM w przypadku gdy rozpoczęcie i zakończenie udzielania świadczenia zdrowotnego nie następuje w tym samym dniu, oraz gdy usługobiorcy jest udzielane świadczenie zdrowotne w rodzaju rehabilitacja lecznicza, obok kodu przyczyny głównej według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, usługodawcy przekazywali również kod według Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). Projekt rozporządzenia dodatkowo nakłada na usługodawców obowiązek wskazywania poza datą udzielania świadczenia zdrowotnego także godzinę rozpoczęcia jego udzielania (zakończenia, przyjęcia do szpitala, wypisu ze szpitala) oraz wytworzenia dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej. Ponadto rozszerzono katalog danych niezbędnie przekazywanych przez usługodawców, pozwalających na identyfikację świadczenia zdrowotnego, o dane wskazane w § 2 ust. 1 pkt 7 lit. d-h aktualnie obowiązującego rozporządzenia. Dodatkowo w projekcie rozporządzenia zrezygnowano z wyłączeń w zakresie obowiązków sprawozdawczych w przypadku raportowania przez usługodawców danych do SIM dotyczących świadczeń zdrowotnych lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, a także świadczeń zdrowotnych pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej, jak również doprecyzowane zostały reguły przekazywania przez usługodawcę do SIM danych dotyczących świadczeń zdrowotnych pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania i wychowania. Co istotne obowiązek w tym zakresie na chwilę obecną dotyczyć będzie jedynie świadczenia zdrowotnego jakie stanowi szczepienie.		
08.11.2021	Obwieszczenie Prezesa	OBWIESZCZENIE PREZESA NARODOWEGO	Ogłasza się w jednolity tekst zarządzenia Nr 56/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2021 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego	Wejście w życie 6 listopada	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) –

	NFZ	O FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 05.11.2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej	szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej	2021 r.	finansujemy zdrowie Polaków
08.11.2021	Zarządzenie Ministra Zdrowia	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 listopada 2021 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania projektu strategii rozwoju medycyny laboratoryjnej	Zadaniem Zespołu jest opracowanie projektu strategii rozwoju medycyny laboratoryjnej, obejmującej promocję zawodu diagnosty laboratoryjnego, usankcjonowanie nowoczesnych rozwiązań diagnostycznych, rozwój kompetencji diagnostów w ramach odwracania piramidy świadczeń zdrowotnych z naciskiem na profilaktykę wtórną oraz nowoczesne metody wykrywania nowotworów i chorób cywilizacyjnych.	Wejście w życie 6 listopada 2021 r., traci moc z dniem 1 kwietnia 2022 r.	Zarządzenie z dnia 5 listopada 2021 r. (mz.gov.pl)
05.11.2021	Zarządzenie Prezesa	ZARZĄDZENIE E Nr 180/2021/DGL	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	Wejście w życie 5 listopada	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) –

	NFZ	PREZESA NARODOWEG O FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 04.11.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii	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 chemioterapii wynikają z konieczności dostosowania przepisów zarządzenia do aktualnego stanu faktycznego w zakresie refundacji leków stosowanych w chemioterapii, tj. do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 21 października 2021 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 listopada 2021 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz.82), wydanego na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 523, z późn. zm.). Projektowane zmiany wpisują się w kluczowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia cele określone w Strategii na lata 2019-2023 jak: (cel 2) poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz (cel 5) poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej. Najważniejsze zmiany dotyczą: 1) załącznika nr 1n - katalog leków refundowanych stosowanych w chemioterapii i polegają na: a) dodaniu kodu GTIN dla substancji czynnej: - 5.08.10.0000021 - Epirubicini hydrochloridum - GTIN: 05909990796373 - 5.08.10.0000053 - Pemetreksedum - GTIN:05055565768969, 05055565768952, 05055565768976, - 5.08.10.0000077 - Azacitidinum - GTIN: 07613421045159, b) usunięciu kodu GTIN dla substancji czynnej: - 5.08.10.0000087 – Voriconazolum - GTIN: 05909991191917, - zgodnie ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym; 2) załącznika nr 2 (wzór umowy) i polegają na dostosowaniu § 4 - Warunki finansowania świadczeń oraz § 5 - Kary umowne załącznika do zarządzenia stanowiącego wzór umowy do przepisów § 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.). Wprowadzone zmiany	2021 r.	finansujemy zdrowie Polaków
--	-----	--	--	---------	---

			do wzoru umowy mają charakter porządkowy. Oznaczenie stosowania przepisów do rozliczania świadczeń w sposób wskazany w § 4 zarządzenia, tj. od dnia 1 listopada 2021 r., wynika z konieczności zapewnienia ciągłości stosowania przepisów w przedmiotowym zakresie, zgodnie z ww. obwieszczeniem Ministra Zdrowia oraz z terminów obowiązywania decyzji administracyjnych Ministra Zdrowia w sprawie objęcie refundacją i określenia ceny urzędowej leków zawartych w niniejszym zarządzeniu. Mając na uwadze to, iż zmiany przyjęte niniejszym zarządzeniem mają charakter porządkowy, wynikający wprost z przepisów prawa, to tym samym uznano, iż projekt nie podlega konsultacjom społecznym.		
05.11.2021	Zarządzenie Prezesa NFZ	ZARZĄDZENIE Nr 179/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 04.11.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych	Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.). Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 70/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2021 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych, zmienione zarządzeniem Nr 95/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 maja 2021 r. oraz zarządzeniem Nr 132/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 lipca 2021 r., wprowadza następujące zmiany w stosunku do obowiązującego stanu prawnego: 1. w załączniku nr 1on (katalog onkologicznych świadczeń kompleksowych) na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2016 r. poz. 357, z późn. zm.) – lp. 25 i 26 załącznika nr 5 (Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku innych świadczeń ambulatoryjnych oraz warunki ich realizacji) oraz w związku ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia (pismo znak: DLG.741.33.2021.WN) wprowadzono możliwość rozliczenia badań rezonansu magnetycznego piersi (RM piersi) w zakresie Kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś), w sytuacji gdy istnieją wskazania medyczne do jego wykonania. Dotychczas badanie było możliwe do rozliczenia w populacji chorych z mutacją BRCA1/BRCA2. Ponadto w załączniku 1on wprowadzono nowy produkt rozliczeniowy Pobyt diagnostyczny – kod 5.60.01.0000015, możliwy do rozliczenia w	Wejście w życie 5 listopada 2021 r. z wyjątkiem § 1 pkt 3 lit. b oraz pkt 4, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

		ramach Kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG) łącznie z kosztochłonnym badaniem diagnostycznym z katalogu produktów do sumowania, określonego w załączniku nr 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne. Wprowadzone rozwiązanie umożliwia rozliczenie hospitalizacji związanych wyłącznie z wykonaniem kosztochłonnego badania diagnostycznego. Nie dopuszcza się rozliczania produktu 5.60.01.0000015 Pobyt diagnostyczny łącznie z kosztochłonnym badaniem diagnostycznym, z wyjątkiem sytuacji medycznych uzasadniających przeprowadzenie postępowania diagnostycznego w trybie hospitalizacji. Wdrożona zmiana jest zgodna z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2021 r. poz. 542), które przewidują możliwość wykonywania diagnostyki i monitorowania leczenia w Kompleksowej opiece onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG) w trybie hospitalizacji. Jednocześnie usunięto produkt rozliczeniowy Pobyt diagnostyczny - w trybie ambulatoryjnym. Na zasadzie symetryzacji zmianie uległy odpowiednio przepisy § 18 pkt 13 zarządzenia. Ponadto z załącznika 1on usunięto produkt rozliczeniowy 5.53.01.0000035 Implantacja portu naczyniowego. Ww. świadczenie z załącznika 1c, realizowane w ramach onkologicznych świadczeń kompleksowych, będzie podlegało rozliczeniu na jednolitych zasadach obowiązujących w rodzaju leczenie szpitalne. 2. W załączniku nr 2 (katalog zakresów świadczeń - onkologiczne świadczenia kompleksowe) dokonano zmiany technicznej kodów zakresów świadczeń. Od dnia 1 stycznia 2022 r. dla dotychczasowych zakresów świadczeń: - Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś) – kod zakresu 03.4240.020.02 oraz - Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG) – kod zakresu 03.4240.021.02 będą obowiązywały odpowiednio kody zakresów: 03.4240.010.02 oraz 03.4240.011.02. Nowe kody zakresów świadczeń zostały uwzględnione na zasadzie symetryzacji w załączniku 1on (załącznik nr 2 do niniejszego zarządzenia) oraz w załączniku nr 3 – określającym szczegółowy opis przedmiotu umowy PSZ w zakresie onkologiczne świadczenia		
--	--	---	--	--

		kompleksowe (załącznik nr 4 do niniejszego zarządzenia). 3. Dokonano technicznych zmian w załączniku nr 2 (katalog zakresów świadczeń - onkologiczne świadczenia kompleksowe) polegających na usunięciu jako produktów rozliczeniowych dedykowanych poszczególnym zakresom świadczeń pozycji określonych w kolumnie 6 – katalog produktów odrębnych oraz w kolumnie 8 – katalog radioterapii. Produkty rozliczeniowe z ww. katalogów dedykowane do realizacji w ramach kompleksowych świadczeń onkologicznych zostały zaimplementowane do katalogu onkologicznych świadczeń kompleksowych, stanowiącego załącznik nr 1on i wobec powyższego nie ma konieczności ich wyodrębniania. Jednocześnie dodano w kolumnie 7, jako produkty rozliczeniowe dedykowane poszczególnym zakresom, świadczenia z katalogu produktów do rozliczenia świadczeń udzielanych w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii. Zaktualizowano użytą w załączniku nr 2 nazwę katalogu 1on – katalog onkologicznych świadczeń kompleksowych. 4. Dodano nowy przepis określający, że do rozliczania onkologicznych świadczeń kompleksowych, w odniesieniu do produktów rozliczeniowych z załącznika 1on, ma zastosowanie współczynnik korygujący o wartości 1,05. Przedmiotowe działania stanowią kontynuację zmian w finansowaniu kompleksowych świadczeń onkologicznych. Przyjęte rozwiązanie ma na celu premiowanie jakości oraz kompleksowości udzielanych świadczeń oraz jest zgodne z wytycznymi Ministra Zdrowia określonymi w piśmie z dnia 29 listopada 2021 r. znak: DLG.736.1.2021.GK. W wyniku konsultacji uwagi do projektu zgłosiło 5 podmiotów. Uwzględniono te, które miały na celu zachowanie spójności przepisów z zarządzeniem Nr 55/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.). W ostatecznym kształcie zarządzenia nie uwzględniono uwag, które nie dotyczyły przedmiotu opiniowanego projektu. Niektóre z uwag odnoszą się do kwestii merytorycznych, które wymagają analiz i dalszych prac. Przedmiotowe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 listopada 2021 r., z wyjątkiem		
--	--	---	--	--

			przepisów, o których mowa w: - § 1 pkt 3 lit. a, które stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 listopada 2021 r. do dnia 31 grudnia 2021 r. oraz - § 1 pkt 3 lit. b i pkt 4, które stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2022 r. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania, z wyjątkiem § 1 pkt 3 lit. b oraz pkt 4, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.		
05.10.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2021 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej	Obowiązujące przepisy umożliwiają wypłacanie zaliczek do końca września 2021 r. W celu umożliwienia Narodowemu Funduszowi Zdrowia, zwanemu dalej „NFZ”, dokonywania wypłat zaliczek w miesiącach październik - grudzień 2021 r., a świadczeniodawcom realizacji niewykonanych świadczeń opieki zdrowotnej zakontraktowanych na 2020 r., za które pobrali zaliczki, istnieje konieczność nowelizacji przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1548, z późn. zm.). W związku z wprowadzonymi w czasie trwania epidemii ograniczeniami wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej tylko w sytuacjach zagrażających zdrowiu, świadczeniodawcy nie mieli możliwości realizacji świadczeń opieki zdrowotnej z przyczyn niezależnych od nich. Spowodowało to znaczne obniżenie liczby wykonywanych świadczeń, a w efekcie obniżenie wysokości otrzymywanych środków finansowych za udzielone świadczenia. Przyczyniło się to do znacznego pogorszenia sytuacji finansowej świadczeniodawców. Dlatego też wprowadzono regulacje polegające na wypłacie tym świadczeniodawcom wynagrodzenia w formie zaliczkowej. Świadczeniodawcy mogą otrzymać kwoty odpowiadające miesięcznej wartości kwoty zobowiązania określonej w umowie, niezależnie od liczby zrealizowanych świadczeń. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ zostali zobligowani do rozliczenia tych środków, a świadczeniodawcy do wykonania świadczeń opieki zdrowotnej, za które pobrali tzw. „zaliczki”. Pomimo przedłużenia okresu rozliczeniowego świadczeniodawcy nadal mają problemy z rozliczeniem pobranych zaliczkowo środków finansowych. Proponuje się: 1) umożliwienie rozliczenia środków wypłaconych świadczeniodawcom w formie tzw. „1/12” w kolejnych okresach	Wejście w życie 5 listopada 2021 r. z wyjątkiem § 1 pkt 2 lit. b, który wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, z mocą od dnia 9 marca 2021 r.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2021 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (dziennikustaw.gov.pl)

			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.		
05.10.2021	Obwieszczenie Ministra Zdrowia	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie warunków występowania o sporządzenie dokumentu elektronicznego potwierdzającego o prawo do świadczeń opieki zdrowotnej	Obwieszczenie jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie warunków występowania o sporządzenie dokumentu elektronicznego potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1500)		Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie warunków występowania o sporządzenie dokumentu elektronicznego potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej (dziennikustaw.gov.pl)
04.11.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie	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	Skierowanie aktu do ogłoszenia	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

		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.		
04.11.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Projekt rozporządzenia w sprawie składu i sposobu działania komisji orzekającej o stanie zdrowia farmaceuty	Projekt rozporządzenia stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego art. 22 ust. 9 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2021 r. poz. 97), na podstawie którego minister właściwy do spraw zdrowia wyda rozporządzenie, w sprawie określenia składu komisji złożonej z lekarzy specjalistów z odpowiednich dziedzin medycyny, która wydaje orzeczenie o stanie zdrowia farmaceuty oraz sposób jej działania, a także tryb orzekania o stanie zdrowia farmaceuty. Przedmiotowe rozporządzenie ma na celu określenie wymagań dotyczących osób wchodzących w skład komisji lekarskich, trybu orzekania o niezdolności do wykonywania zawodu oraz szczegółowego	Skierowanie aktu do ogłoszenia	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

			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.		
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	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		Obwieszczenie (mz.gov.pl)

02.11.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	j Polskiej 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 rozporządzenia 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)
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 lekowej, celem	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 lekowej. 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 lekowej, 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	opinie i uwagi do dnia 12 listopada 2021 r., sekretariat.dgl@nfz.gov.pl	Projekty zarządzeń / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

		zaopiniowania przez uprawnione podmioty.	żywnościowego 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 płamki (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 miastennicznym 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 tyltrakizumab w programie lekowym B.47. „Leczenie umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej”, c) dodaniu substancji czynnej brolicizumab 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 ultrazadkowych 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 wchodzi 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, zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców.		
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 leczenia szpitalnego – 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 leczenia szpitalnego oraz leczenia szpitalnego – świadczenia wyspospecjalistyczne. 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 leczenia szpitalnego – 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 kardiologii obejmujących pomostowanie naczyń wieńcowych. Opublikowane obwieszczenie dotyczy taryfy dla świadczeń gwarantowanych z obszaru kardiologii 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 kardiologicznymi. 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	Wejście w życie 1 listopada 2021 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

			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.		
02.11.2021	Zarządzenie Prezesa NFZ	ZARZĄDZENIE Nr 177/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 29.10.2021	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	Wejście w życie 1 listopada 2021 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

		r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne	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 $\geq 2^*$ 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.		
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 pogorszenia jakości życia chorych i ich rodzin oraz znacznych obciążeń finansowych związanych z leczeniem tych chorób dla obywateli i finansów publicznych, konieczne jest	Konsultacje społeczne do 19 listopada 2021 r. (onkologia@mz.gov.pl)	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

		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 obowiązującym 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.		
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)
29.10.2021	Rozporządzenie Ministra	Projekt	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 późn. zm.),	Planowany termin przyjęcia	Projekt rozporządzenia Rady Ministrów zmieniającego rozporządzenie w sprawie likwidacji

	Zdrowia	rozporządzenia Rady Ministrów zmieniającego rozporządzenie sprawie likwidacji Instytutu Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu	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 Prokuratury 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	projektu przez RM - IV kwartał 2021 r.	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)
--	---------	--	--	--	---

		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 IMPiZS, zarówno nieruchomości, jak i ruchomości, zasadne jest wydłużenie procesu likwidacji Instytutu o 6 miesięcy, tj. do dnia 31 marca 2022 r.		
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 zawódzie 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)

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 rozporządzenia 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)
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	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)

			ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. poz. 861, z późn. zm.), która 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).		
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)
22.10.2021	Zarządzenie Ministra Zdrowia	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 października	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:	Weście w życie 22 października 2021 r.	Zarządzenie z dnia 21 października 2021 r. (mz.gov.pl)

		2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie powołania Krajowej Rady do spraw Onkologii	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.”.		
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)
22.10.2021	Obwieszczenie Ministra Zdrowia	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia	Ustala się na dzień 1 listopada 2021 r. wykaz leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego		Obwieszczenie (mz.gov.pl)

		21 października 2021 r. w sprawie wykazu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, dla których ustalono urzędową cenę zbytu			
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	Wejście w życie 22 października 2021 r.	<u>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)</u>

			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.		
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 umożliwiając dokonywanie analiz i zwiększenie skuteczności kontroli podmiotów leczniczych wykorzystujących	Skierowanie aktu do ogłoszenia	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

			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.		
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
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	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	Wejście w życie 20 października 2021 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

		rozliczania środków pochodzących z dotacji celowej na dofinansowanie aktywowania Internetowego Konta Pacjenta	Zdrowia na lata 2019-2023.		
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	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)

			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. Efektom projektowanego rozporządzenia będzie zapewnienie właściwego poziomu bezpieczeństwa pacjenta w jednostkach ochrony zdrowia wykonujących procedury medyczne wykorzystujące promieniowanie jonizujące.		
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	Konsultacje społeczne do 3 listopada 2021 r. (uwagi.swiadczenia.gwarantowane@mz.gov.pl)	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

			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).		
20.10.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Projekt rozporządzenia Ministra	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	Skierowanie aktu do ogłoszenia	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

		Zdrowia w sprawie formy i szczegółowego zakresu procedur wzorcowych i procedur szczegółowych	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.		
--	--	--	--	--	--

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 sprawie 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.	Wejście w życie 19 października 2021 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków
------------	-------------------------	---	---	---	--

			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.		
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)
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)
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	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)

		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			
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	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)

		Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz nadania Instytutowi statusu państwowego instytutu badawczego			
18.10.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Projekt rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków	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 uwzględnić 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 uwzględnić będzie wiedzę i umiejętności jakie posiada już lekarz pediatra.	Konsultacje społeczne do 8 listopada 2021 r. (ldp-rkm@mz.gov.pl)	Akt prawny (legislacja.gov.pl)
18.10.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w	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	Skierowanie aktu do ogłoszenia	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

		sprawie nadawania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej sprawującego wewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej w jednostkach ochrony zdrowia	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. Oczekiwany efektem będzie zapewnienie właściwego poziomu		
--	--	--	--	--	--

			bezpieczeństwa pacjentów i pracowników w jednostkach ochrony zdrowia stosujących promieniowanie jonizujące w celach medycznych.		
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)
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	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 chemioterapii 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	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

		zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapie	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 hematologicznej 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 lekowej, refundowaną w ramach programu lekowego B.65. - Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną, oraz w przypadku leczenia pacjentów substancją czynną midostauryną 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 lekowej, 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 obniżeniu 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.		
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	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

		punkty apteczne oraz pozostałych kontrahentów			
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
15.10.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Projekt rozporządzenia Ministra	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	Konsultacje społeczne do 21 października 2021 r. (dep-	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

		Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wymagań dotyczących apteczek okrętowych i apteczek medycznych oraz wzoru karty zdrowia dla marynarza na statku morskim	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/EEG 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.	zp@mz.gov.pl	
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	Komisja Prawnicza	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

			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.		
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	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 nerek 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 nerek lub jenotów, co może stanowić zagrożenie na fermach nerek 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	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)

		zakresie zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych, które mogą być przenoszone ze zwierząt na ludzi lub z ludzi na zwierzęta	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.		
13.10.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 września 2021 r. w sprawie ogólnopolskiego kardiologiczno-kardiochirurgicz	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	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)

		nego rejestru przezcewnikowe go leczenia zastawek serca „POL-TaVALVE”	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 osiągniętych wyników leczenia wad serca metodami przezcewnikowymi; 7) przeprowadzenie analizy wyników leczenia wad serca metodami przezcewnikowymi w odniesieniu do wyników osiągniętych 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 obciążone 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.		
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	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

13.10.2021	Zarządzenie Prezesa NFZ	zdrowotnej	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 leczenia 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 leczenia 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 leczenia 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	Wejście w życie 13 października 2021 r. z wyjątkiem: 1) § 1 pkt 4 w zakresie świadczeń o kodach 5.08.08.0000 154 i 5.08.08.0000 155, 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
------------	-------------------------	------------	--	--	---

		Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii o kodzie 5.08.05.0000170 – hospitalizacja hematologiczna u dorosłych lub 5.08.05.0000174 - hospitalizacja hematologiczna 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 płamki (DME)” na „Leczenie chorych na cukrzycowy obrzęk płamki (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 leczenia 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 tisagenlecleucel”, 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 płamki (DME) – kwalifikacja” na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na cukrzycowy obrzęk płamki (DME) – kwalifikacja”, d) zmianie nazwy świadczenia o kodzie 5.08.08.0000157 z „Diagnostyka w programie leczenia cukrzycowego obrzęku płamki (DME) – monitorowanie” na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na cukrzycowy obrzęk płamki (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 płamki 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 płamki (DME)” na „Leczenie chorych na cukrzycowy obrzęk płamki (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 płamki (DME)” na „Leczenie chorych na cukrzycowy obrzęk płamki (DME)”, d) dodaniu substancji czynnej ranibizumab w programie lekowym B.120. „Leczenie chorych na cukrzycowy obrzęk płamki (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 ultraradkich 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.		
--	--	--	--	--

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
12.10.2021	Obwieszczenie Ministra Zdrowia	OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 20 września 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w	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)

		sprawie Krajowego Rejestru Pacjentów z COVID-19			
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 nerek 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 nerek lub jenotów, co może stanowić zagrożenie na fermach nerek 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 nerek 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	Skierowanie aktu do ogłoszenia	Projekt (legislacja.gov.pl)

			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.		
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	Komisja Prawnicza	Projekt (legislacja.gov.pl)

			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.		
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 wyskoscypjalistyczne. 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 kardiologii obejmujących pomostowanie naczyń wieńcowych. Opublikowane obwieszczenie dotyczy taryfy dla świadczeń gwarantowanych z obszaru kardiologii 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 kardiologicznymi. 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	Opinie i uwagi do dnia 22 października 2021 r. (szpital.dsoz@nfz.gov.pl)	Projekty zarządzeń / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

			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.		
11.10.2021	Zarządzenie Prezesa NFZ	ZARZĄDZENIE Nr 164/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z	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	Wejście w życie 9 października 2021 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

		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	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 wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.		
07.10.2021	Zarządzenie Ministra Zdrowia	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2021 r. w sprawie powołania	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)

		Komitetu Audytu			
07.10.20 21	Zarządze nie 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 lecniczych 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)
06.10.20 21	Zarządze nie Prezesa NFZ	ZARZĄDZENIE Nr 161/2021/DSM PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 05.10.2021 r. zmieniające zarządzenie w	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.).	Wejście w życie 5 października 2021 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

		sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe	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.		
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	Konsultacje społeczne do 16 lipca 2021 r. (dep-as@mz.gov.pl)	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

		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 społeczność, 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 unaocznila 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.		
05.10.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą	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)

		ca w ramach sieci kardiologicznej			
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)
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 pójgu oraz dostępu do informacji	Rozstrzygnięcie przez Sejm wniosku o uzupełnienie porządku dziennego o punkt: Pierwsze czytanie poselskiego	9-020-143-2020.pdf (sejm.gov.pl)

				projektu ustawy o bezpiecznym przerywaniu ciąży oraz o edukacji o zdrowiu i seksualności – posiedzenie Sejmu 13-14 października 2021 r.	
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)
04.10.2021	Uchwała Rady Ministrów	Uchwała Rady Ministrów w sprawie prowadzenia międzynarodowych działań	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 wsparcia dla partnerów zagranicznych, którzy posiadają niewystarczający dostęp do szczepionek przeciw chorobie COVID-19, a w wyniku uwarunkowań	Planowany termin przyjęcia projektu przez Radę Ministrów – III kwartał 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

		solidarnościowych w celu profilaktyki i zwalczania zachorowań na chorobę COVID-19 oraz wyrażenia zgody na udostępnienie partnerom zagranicznym szczepionek przeciw COVID-19	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.	ZREALIZOWANY Rada Ministrów przyjęła 21 września 2021 r.	COVID-19 - Wykaz prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów - BIP Rady Ministrów i Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (kprm.gov.pl)
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 obowiązany 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 szczególnie narażenie na zakażenie wynika z sytuacji epidemiologicznej. Polityka państwa wobec epidemii HIV i AIDS została określona w	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)

			rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS. Realizacją Programu kieruje minister właściwy do spraw zdrowia, a koordynatorem realizacji Programu jest Krajowe Centrum ds. AIDS. Podmiotami obowiązany 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 Zwalczenia AIDS opracowany na lata 2022-2026 obejmuje wszystkie ww. obszary.		
01.10.2021	Zarządzenie Prezesa NFZ	ZARZĄDZENIE Nr 160/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 30.09.2021 r. w sprawie	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 o świadczeniach”. 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	Wejście w życie 1 października 2021 r.	https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1602021dsoz,7420.html

		warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej	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 wchodzi 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 kapitałową 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-WUS, 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 z 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 kapitałowych, porad i ryczałtów – dodano zakres „koordynacja opieki” wraz z produktem „koordynacja opieki – zadania koordynatora” z wyceną kapitałowej 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.		
--	--	--	--	--

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	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 leczenia szpitalnego oraz leczenia szpitalnego – świadczenia wysokospecjalistyczne wprowadzono następujące zmiany: 1) w zakresie załączników do zarządzenia: nr 1a Katalog grup oraz nr	Wejście w życie z dnia 1 października	https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-1582021dsoz,7418.html

		r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne	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 rozpoznń ICD-10 w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu; oprócz tego w załączniku nr 9 w JGP C110 Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani w rozpoznaniach nowotworów złośliwych uzupełniono listy rozpoznń 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 zatruc 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.		
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	Mając na uwadze potrzebę stałego dążenia do optymalizacji systemu ochrony zdrowia w celu zwiększenia dostępności do świadczeń zdrowotnych, zwiększenia wynagrodzeń kadr medycznych,	Wejście w życie 14 października	Ustawa z dnia 11 sierpnia 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze

		11 sierpnia 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw	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.	2021 r.	<u>środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (dziennikustaw.gov.pl)</u>
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	Wejście w życie 30 września 2021 r.	<u>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)</u>

			w obszarach 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.		
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 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478 i 619), zwanej dalej „ustawą”. Na podstawie	Wejście w życie 21 września 2021 r.	<u>ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 14 września 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie stypendiów ministra właściwego do spraw zdrowia dla studentów (dziennikustaw.gov.pl)</u>

		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 osiągnięcie autorstwa lub współautorstwa 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 osiągnięć 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 przyspieszenie procesu decyzyjnego przyznawania stypendiów.		
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	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	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)

		celach medycznych, polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej lub diagnostyki związanej z podawaniem pacjentom produktów radiofarmaceutycznych	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. Efektom 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.		
01.10.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu	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	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)

		ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej	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.		
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	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)

			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.).		
30.09.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnopolskiego kardiologiczno-kardiochirurgicznego rejestru przecewnikowego leczenia zastawek serca „POL-TaVALVE”	Brak wiarygodnych i rzetelnych narzędzi uniemożliwiających monitorowanie wyników leczenia w perspektywie wczesnej, średnio i długoterminowej, u pacjentów poddawanych przecewnikowym zabiegom na zastawkach serca. Potrzeba obiektywnej oceny jakości przeprowadzanych przecewnikowych 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 przecewnikowych 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: 8) monitorowanie jakości, skuteczności i bezpieczeństwa leczenia wad serca metodami przecewnikowymi w perspektywie wczesnej, średnio- i długoterminowej; 9) monitorowanie wskazań i przeciwwskazań do leczenia wad serca metodami przecewnikowymi; 10) zdefiniowanie istotnych czynników ryzyka wczesnych i odległych powikłań i niepowodzeń po leczeniu usługobiorców metodami przecewnikowymi; 11) opracowanie metod skutecznego zapobiegania powikłaniom około- i pozabiegowym; 12) poprawę praktyki klinicznej w leczeniu wad zastawkowych	Skierowanie aktu do ogłoszenia 29 sierpnia 2021 r.	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

			serca; 13) przeprowadzenie analizy porównawczej poszczególnych usługodawców pod względem osiągniętych wyników leczenia wad serca metodami przezcewnikowymi; 14) przeprowadzenie analizy wyników leczenia wad serca metodami przezcewnikowymi w odniesieniu do wyników osiągniętych 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 obciążone 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.		
--	--	--	---	--	--

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 pozalegisłacyjne. 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)	Akt prawny (legislacja.gov.pl)
30.09.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie	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	Konsultacje społeczne do 27 września 2021 r. (sekretariat.p@gis.gov.pl)	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

		składu oraz oznakowania suplementów diety	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.		
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 rozpoznania ICD-10 w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu; oprócz tego w załączniku nr 9 w JGP C110 Kompleksowe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani w rozpoznaniach nowotworów złośliwych uzupełniono listy rozpoznania ICD-10; 2) w związku z opublikowanym obwieszczeniem Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 13 lipca 2021 r. w	Opinie i uwagi do 16 września 2021 r. szpital.dsoz@nfz.gov.pl	Projekty zarządzeń / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

			sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń szpitalnych obejmujących leczenie zatruc 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.		
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 rytmu i przewodzenia lub wad serca zastawkowych.	Wejście w życie 25 września 2021 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

			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 świadczeniobiorcami 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.		
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	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	Wejście w życie 25 września 2021 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

		programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką	określony w zmieniającym zarządzeniu był zbyt krótki na dostosowanie się do nowego sposobu rozliczania świadczeń. Wobec powyższego, zdecydowano 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.		
28.09.2021	Zarządza nie 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 wynika 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
28.09.2021	Zarządza nie Prezesa NFZ	ZARZĄDZENIE Nr	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	Wejście w życie 14 września 2021 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

		152/2021/DSOZ PREZESA NARODOWEG O FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 13.09.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałanie m i zwalczaniem COVID-19	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 jesieni 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.		
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
28.09.2021	Zarządzenie Prezesa NFZ	ZARZĄDZENIE Nr 72/2021/DGL PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 21.04.2021 r. w sprawie określenia	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

		warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia			
28.09.2021	Zarządza nie 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	Wejście w życie 4 września 2021 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

			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.		
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	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 kapitałowej 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	Wejście w życie 2 września 2021 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

		realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej	podstawowej opiece zdrowotnej, podjął uchwałę o zarekomendowaniu stosowania dotychczasowego mechanizmu kształtowania wysokości stawki kapitałowej 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.		
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	Wejście w życie 27 sierpnia 2021 r.	Zarządzenia Prezesa NFZ / Zarządzenia Prezesa / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków

			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.		
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)

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)
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 ampulko-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 ampulko-strzykawki na 180 dni.	Wejście w życie 15 września 2021 r.	Obwieszczenie (mz.gov.pl)
28.09.2021	Zarządzenie Ministra Zdrowia	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia	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)

		10 września 2021 r. uchylające zarządzenie w sprawie powołania Zespołu do spraw koordynacji sieci laboratoriów COVID			
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)
28.09.2021	Zarządzenie Ministra Zdrowia	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6	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:	Wejście w życie 8 września 2021 r.	Zarządzenie z dnia 6 września 2021 r. (mz.gov.pl)

		września 2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie powołania Komitetu Sterującego do spraw monitorowania programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej	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.”.		
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)
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;	Wejście w życie 31 sierpnia 2021 r.	Zarządzenie (mz.gov.pl)

		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 wchodzi: 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 Controllingu 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 Przeciwpowodziowych.”; 2) w § 12 ust. 6 otrzymuje brzmienie: „6. Wyboru firmy audytorskiej do przeprowadzenia badania sprawozdania finansowego dokonuje minister właściwy do spraw zdrowia.”		
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)

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 płaskodziały z krytym szwem (lp. 69) nogawica uciskowa płaskodziały z krytym szwem (lp. 70), sensor/elektroda do Systemu Ciągłego Monitorowania Glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT) (lp. 135), transponder/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 przeciwośluzowej 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)
------------	---------------------------------	--	--	-----------------------------------	---

28.09.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 września 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie metody zapobiegania grypie sezonowej w sezonie 2021/2022	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 odbywać 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 w 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)
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	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	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)

		związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19	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.		
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	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)

		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 seminarjach 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 górcy 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.		
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	Wejście w życie 8 września 2021 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000155901.pdf

		zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawie z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej, ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa 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.		
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	Skierowanie aktu do ogłoszenia 27 września 2021 r.	Projekt (legislacja.gov.pl)

28.09.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia	szpitalnych, w szczególności ich stanu zdrowotnego oraz liczby. 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 umiejętności 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 praktycznie 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 wiedzę i 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)
28.09.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie sposobu i procedur przygotowania	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	Konsultacje społeczne do 25 września 2021 r.	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

		analizy weryfikacyjnej Agencji Oceny Technologii Medycznych oraz wysokości opłaty za tę analizę	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 pozalegisłacyjne, gdyż wysokość aktualnie obowiązujących opłat i sposobu przygotowywania analizy weryfikacyjnej Agencji wynika z już obowiązujących przepisów prawa.		
--	--	---	--	--	--

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)
28.09.2021	Ustawa	Projekt ustawy o zmianie ustawy - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz	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	Skierowano do I czytania w komisjach	1569.pdf (sejm.gov.pl)

		ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (druk 1569)	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 określone 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 kredytów 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		
--	--	---	--	--

27.09.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych	wystąpienia ujemnych stóp procentowych. 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, MDMA-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	Konsultacje społeczne do 19 września 2021 r. (sekretariat.p@gis.gov.pl)	Akt prawny (legislacja.gov.pl)
------------	---------------------------------	---	--	--	--

			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 zatruc 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 użytkowaniem 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.		
27.09.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie grzybów	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	Konsultacje społeczne do 3 września 2021 r. (sekretariat.p.r@gis.gov.pl)	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

		dopuszczonych do obrotu lub produkcji przetworów grzybowych, środków spożywczych zawierających grzyby oraz uprawnień klasyfikatora grzybów i grzyboznawcy	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 będą 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.		
27.09.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie skierowań wystawianych w postaci	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	Konsultacja społeczna do 15 września 2021 r. (dep-di@mz.gov.pl)	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

		elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej	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.		
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)
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)

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)
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)
23.08.2021	Obwieszczenie Ministra Zdrowia	OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z	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)

		dnia 20 sierpnia 2021 r. w sprawie wykazu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, dla których ustalono urzędową cenę zbytu			
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
19.08.2021	Ustawa	Projekt ustawy 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	Posiedzenie Senatu 9 września 2021 r. (druk 458)	458.pdf

			konieczne dla ludności, będzie pokrywana z budżetu państwa, a nie jak dotychczas z budżetu jednostek samorządu terytorialnego.		
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)
19.08.2021	Ustawa	Ustawa o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych	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)

		nimi sytuacji kryzysowych			
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 zatruc 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	Planowany termin przyjęcia projektu przez Radę Ministrów – III kwartał 2021 r. Konsultacje społeczne do 16 września 2021 r. (dp@urpl.gov.pl)	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

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 Lekicznymi oraz Innymi Sfałszowanymi Produktami Spełniającymi Kryteria Produktu Leczniczego	zmieniającej. Traci moc zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 września 2010 r. w sprawie powołania Zespołu do Spraw Fałszowania i Nielegalnego Obrotu Produktami Lekicznymi 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
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	Konsultacje społeczne do 30 sierpnia 2021 r. (dep-zp@mz.gov.pl)	Projekt (legislacja.gov.pl)

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	interwencja legislacyjna. 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)
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)
16.08.2021	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Projekt rozporządzenia Ministra	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	Konsultacje społeczne do 20 sierpnia 2021 r. dep-zp@mz.gov.pl	Akt prawny (legislacja.gov.pl)

		Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie rezerwy szczepionek oraz innych immunologicznych produktów leczniczych, stosowanych w razie wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub epidemii	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.		
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 Ratunkowego.	Wejście w życie 13 sierpnia 2021 r., traci moc 1 grudnia 2021 r.	Zarządzenie (mz.gov.pl)
13.08.2021	Rozporządzenie Ministra	ROZPORZĄDZ	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	Skierowanie aktu do ogłoszenia	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów

	Zdrowia	ENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 10 sierpnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania	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 możliwości 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, znajdują się również informacje o parametrach krytycznych oraz informacje o zakwalifikowaniu danej osoby do kategorii pilności, biorąc pod uwagę jej stan zdrowia.	Wejście w życie dzień po ogłoszeniu Wejście w życie 13 sierpnia 2021 r.	zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (dziennikustaw.gov.pl)
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	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 zarządzenia. 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

		bezpieczeństwa i opieki pacjentom oraz bezpieczeństwa personelowi zakładów opiekuńczo-leczniczych, domów pomocy społecznej, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i hospicjów na czas COVID-19”			
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	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
------------	---------------------------------	---	---	-------------------------------------	---

		Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej i Służby Ochrony Państwa			
11.08.20 21	Ustawa	Projekt ustawy o wspieraniu 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, profilaktykę 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
11.08.20 21	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
10.08.20 21	Ustawa	Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych	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	Posiedzenie Senatu 4 sierpnia 2021 r. Projekt wpłynął do Sejmu	https://www.senat.gov.pl/prace/druki/record,11468.html

		innych ustaw	podeszłym wieku, a także zdrowotne i ekonomiczne skutki COVID-19, szczególnie dolegliwe dla tej grupy społecznej – zasadne jest objęcie przedmiotowym uprawnieniem wskazanej grupy świadczeniobiorców		
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)
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	Konsultacje społeczne do 12 sierpnia 2021 r. (dep-zp@mz.gov.pl)	Akt prawny (legislacja.gov.pl)
------------	---------------------------------	--	--	---	--

		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.		
06.08.2021	Obwieszczenie Prezesa NFZ	OBWIESZCZENIE PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU 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 leczenia szpitalnego oraz 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 leczenia szpitalnego oraz 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 leczenia szpitalnego oraz 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 leczenia szpitalnego oraz 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 leczenia szpitalnego oraz 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	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	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)

		wzorów karty urodzenia i karty martwego urodzenia	w formie dokumentów elektronicznych, uwzględniając przejrzystość i kompletność wymaganych danych.		
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 dotyczą 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 przerwano 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)
05.08.2021	Obwieszczenie Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów w Lekach, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych z dnia 3 sierpnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia	Obwieszczenie Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Lekowych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych z dnia 3 sierpnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia	Wykaz produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu na terytorium RP		Obwieszczenie (mz.gov.pl)

	w Biobójczych	Urzędowego Wykazu Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej			
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)

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 śpiączką (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, obliuguje 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	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

		sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19			
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	Planowany termin przyjęcia projektu przez Radę Ministrów – II/III kwartał 2021 r. Konsultacje społeczne do 31 sierpnia 2021 r (dep-pl@mz.gov.pl) ROP dyskutuje o	Projekt (rcl.gov.pl) https://www.gov.pl/web/rpp/rop-dyskutuje-o-nowelizacji-ustawy-refundacyjnej

			przy Rzeczniku Praw Pacjenta. Członkowie Rady dyskutowali na temat nowelizacji ustawy refundacyjnej, wymieniając się wnioskami i uwagami dotyczącymi przedstawianego przez Ministerstwo Zdrowia projektu.	nowelizacji ustawy refundacyjnej	
30.07.2021	Zarządzenie Prezesa NFZ	ZARZĄDZENIE Nr 162/2020/DGL PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 16 października 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia 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
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)	Projekt (rcl.gov.pl)

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 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=IwAR2zFoBA1118V5EA4fatbqV1DD3RwhEOskzyO1kmdA2RhJ6yH0ZOfcP948
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 jest chęć podjęcia inicjatywy polegającej na udzieleniu wsparcia 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)	

		Kosowa, Serbii oraz Ukrainie			
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	Planowany termin przyjęcia projektu przez Radę Ministrów – III kwartał 2021 r. Konsultacje społeczne do 22 sierpnia 2021 r. (dep-dl@mz.gov.pl) Komentarz praktyczny Twarowski Adam, Projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta - co czeka świadczeniodawców? - LEX	Projekt (rcl.gov.pl)

			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.		
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)