RODZAJ AKTU	TYTUŁ	CZEGO DOTYCZY	ETAP PRAC	LINK
Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 15/2023/DKP REZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 26 stycznia 2023 r. w sprawie czynności sprawdzających	Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zastępuje zarządzenie Nr 6/2020/DK Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 stycznia 2020 r. w sprawie czynności sprawdzających, które z dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia traci moc. Zasadniczą zmianą wynikającą z niniejszego zarządzenia (w odniesieniu do zarządzenia dotychczas obowiązującego) jest wprowadzenie mechanizmu weryfikacji zasadności rozpoczęcia czynności sprawdzających przez dyrektorów OW NFZ. W tym celu dyrektor OW NFZ ma obowiązek przekazywać do Prezesa NFZ, za pośrednictwem dyrektora Departamentu Kontroli, informację o zamiarze rozpoczęcia czynności sprawdzających. Przedmiotowa informacja podlega weryfikacji m.in. w zakresie zasadności prowadzenia czynności sprawdzających oraz jednostki organizacyjnej NFZ lub komórki organizacyjnej NFZ, która ma przeprowadzić czynności sprawdzające, a także okoliczności uzasadniających wszczęcie kontroli zamiast przeprowadzenia czynności sprawdzających. Przyjęte rozwiązania są zorientowane na realizację efektu synergii pomiędzy Dyrektorami OW NFZ a Prezesem NFZ w zakresie realizacji uregulowanego w art. 61w ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.) trybu weryfikacji prawidłowości funkcjonowania uczestników systemu ochrony zdrowia. Pozostałe zmiany w treści zarządzenia porządkują przebieg procesu przeprowadzania czynności sprawdzających. W wyniku ww. zmian wprowadzono nowy załącznik nr 2 stanowiący wzór informacji o zamiarze rozpoczęcia czynności sprawdzających. W pozostałych załącznikach, w stosunku do dotychczasowego ich brzmienia, wprowadzone zmiany stanowią konsekwencje zmian w treści zarządzenia, a ponadto mają charakter redakcyjny. Zmiana zarządzenia realizuje dwa cele strategiczne Narodowego Funduszu Zdrowia:1) cel 5 - poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej; 2) cel 7 - usprawnienie organizacji, zapewniające skuteczną realizację zadań	Wejście w życie 27 stycznia 2023 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1651/Zarzadzenie-15_2023_DK
Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 14/2023/DSO ZPREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU	Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenie Nr 138/2022/DSOZ 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	Wejście w życie 26 stycznia 2023 r	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1647/Zarzadzenie-14_2023_DSOZ

	ZDROWIA z dnia 25 stycznia 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”	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 2022 r. poz. 2561, 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, z późn. zm.).Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem mają charakter porządkowy i są związane z koniecznością dostosowania przepisów zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2023 r. (Dz. U. poz. 2817).Zmiany dotyczą załącznika nr 1b do zarządzenia, stanowiącego Katalog produktów dodatkowych do sumowania w KOC II/III, któremu nadano nowe brzmienie. Powyższe zmiany są tożsame z modyfikacjami wprowadzonymi zarządzeniem Nr 10/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 stycznia 2023 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – Świadczenia wysokospecjalistyczne, którego projekt zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach, oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2016 r. poz. 1146, z późn. zm.), został przedstawiony w dniach 29 grudnia 2022 r. – 9 stycznia 2023 r. do konsultacji zewnętrznych. Prognozowany roczny skutek finansowy wynikający z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2023 r. wynosi ok. 575 tys. zł. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 stycznia 2023 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		
Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 12/2023/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 20 stycznia 2023	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. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).W związku z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 r. zmieniającego	Wejście w życie 21 stycznia 2023 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1643/Zarzadzenie-12_2023_DSOZ

	r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna	rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 2678) wprowadzono możliwość wykonania badań:- tomografii komputerowej,- rezonansu magnetycznego, oraz- procedury 60.113 - przezskórnej biopsji gruczołu krokowego (nakłucie przez krocze)w znieczuleniu dożylnym w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Wobec powyższego, dokonano następujących modyfikacji w treści zmienianego zarządzenia Prezesa NFZ:1) w Katalogu Ambulatoryjnych Grup Świadczeń Specjalistycznych (załącznik nr 5a do zarządzenia)w części dotyczącej skaz krwotocznych, przy produkcie „5.37.00.0000007- SKOZR Skazy krwotoczne – rozszerzona ocena stanu zdrowia", dodano przepis umożliwiający dosumowanie do ww. produktu procedury znieczulenia całkowitego dożylnego i kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego, wskazanych w załączniku nr 5b - Katalogu Specjalistycznych ŚwiadczeńOdrębnych,2) w Katalogu Specjalistycznych Świadczeń Odrębnych (załącznik nr 5b do zarządzenia) - na podstawie wytycznych AOTMiT, podzielono znieczulenie całkowite dożylne na dwie kategorie, tj.: a) „znieczulenie całkowite dożylne - kategoria 1" – 172 pkt – dedykowane realizacji badań endoskopowych przewodu pokarmowego gastroskopii i kolonoskopii, badań tomografii komputerowej (TK) oraz 60.113 - przezskórnej biopsji gruczołu krokowego (nakłucie przez krocze),b) „znieczulenie całkowite dożylne - kategoria 2" – 270 pkt – dedykowane realizacji badań rezonansu magnetycznego (RM).Dodatkowo, w załączniku nr 5b w części: „Uwagi" dodano przepis doprecyzowujący możliwość dosumowania znieczulenia oraz kwalifikacji do znieczulenia:1) w przypadku realizacji badań tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (RM) w ramach: a) zakresów świadczeń: badania tomografii komputerowej (TK) oraz badania rezonansu magnetycznego (RM),b) odpowiednich pakietów diagnostyki wstępnej albo pogłębionej, c) 5.05.00.0000079 - kwalifikacji do przeszczepienia nerki – badania wstępne, d) 5.37.00.0000007 - SKOZR Skazy krwotoczne – rozszerzonej ocenie stanu zdrowia;2) w przypadku procedury 60.113 - przezskórnej biopsji gruczołu krokowego (nakłucie przez krocze) w ramach: a) grupy zabiegowej Z23,b) odpowiedniego pakietu diagnostyki wstępnej albo pogłębionej: nowotwory gruczołu krokowego. Szacowane skutki finansowe modyfikacji wdrożonych w niniejszym zarządzeniu nie są możliwe do oszacowania. Przepisy zarządzenia mają zastosowanie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 4 stycznia 2023 r., co jest spójne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 r.		

		zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 2678). 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 przedmiotowego zarządzenia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 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. 2022 r. poz. 787, 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 publicznych 9 podmiotów przedstawiło opinie, z czego 2 zawierały uwagi do projektu zarządzenia. Dotyczyły one sposobu rozliczania znieczulenia całkowitego dożylnego oraz konsultacji w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego, a także rozszerzenia możliwości sumowania obu ww. produktów rozliczeniowych ze wszystkimi świadczeniami zabiegowymi. Zgłoszone uwagi nie zostały uwzględnione ponieważ wykraczają poza zakres wprowadzanych zarządzeniem zmian oraz poza zakres kompetencji Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.		
Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 11 stycznia 2023 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i	ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012 r. w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. z 2020 r. poz. 1838),		https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000016101.pdf

	urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego			
Obwieszczenie	Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 20 stycznia 2023 r. w sprawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku w 2022 r.	ogłasza się, że przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku w 2022 r. wyniosło 6652,73 zł.		https://dziennikustaw.gov.pl/M2023000012001.pdf
Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie potwierdzania znajomości języka polskiego koniecznej do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	Zgodnie z art. 11 ust. 1 pkt 15 ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej, zwanej dalej „ustawą", osoba posiadająca kwalifikacje, o których mowa w art. 11 ust. 1 i 2 ustawy, zamierzająca wykonywać zawód diagnosty laboratoryjnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest obowiązana do wykazania się znajomością języka polskiego w mowie i w piśmie w zakresie koniecznym do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego. Zgodnie z art. 11 ust. 7 ustawy, minister właściwy do spraw zdrowia został upoważniony do wydania rozporządzenia określającego zakres znajomości języka polskiego w mowie i w piśmie koniecznej do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez osobę, posiadającą kwalifikacje, o których mowa w art. 11 ust. 1 i 2 ustawy, sposób przeprowadzania i potwierdzania pozytywnego złożenia egzaminu ze znajomości języka polskiego, organizowanego i przeprowadzanego przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych, oraz wzór zaświadczenia potwierdzającego pozytywne złożenie tego egzaminu oraz wysokość opłaty za egzamin. Zgodnie z art. 11 ust. 1 pkt 15 ustawy, diagnosta laboratoryjny zamierzający wykonywać zawód na terenie Rzeczypospolitej Polskiej jest obowiązany do wykazania się znajomością języka polskiego w mowie i piśmie w zakresie koniecznym do wykonywania tego zawodu. Wysokość opłaty za egzamin z języka polskiego została ustalona na	Konsultacje publiczne	https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12367453/12939147/12939148/dokument594851.pdf

		podstawie realnych kosztów przeprowadzenia egzaminu z języka polskiego uwzględniających m.in. wynagrodzenie członków komisji, koszty delegacji członków komisji egzaminacyjnej oraz koszty przygotowania materiałów egzaminacyjnych. W związku z tym, wymóg znajomości języka polskiego w mowie i w piśmie w zakresie koniecznym do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej ma na celu wyeliminowanie ryzyka związanego z wykonywaniem tego zawodu przez osoby nieposiadające odpowiednich kwalifikacji, a których działania mogłyby narazić obywateli na utratę życia lub zdrowia.		
Rozporządzenie	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 Lekarskiej kandydatów na członków Odwoławczej Komisji Bioetycznej oraz termin w jakim minister właściwy do spraw zdrowia jest obowiązany do powołania Odwoławczej Komisji Bioetycznej po uzyskaniu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej. W dotychczasowych przepisach brak jest również wymogów kwalifikacyjnych, jakie powinien spełniać kandydat na członka komisji bioetycznej i Odwoławczej Komisji Bioetycznej. Toteż koniecznym jest wprowadzenie przepisów umożliwiających właściwy dobór kandydatów na członków obu rodzajów komisji, poprzez doprecyzowanie kwalifikacji i doświadczenia zawodowego stosownie do rodzaju komisji bioetycznej i miejsca jej usytuowania w rozumieniu profilu działania. Dla przykładu: komisja bioetyczna w określonym instytucie badawczym opiniuje projekty eksperymentów medycznych z reguły w konkretnej dyscyplinie naukowej,	Skierowanie aktu do ogłoszenia	https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12354954/12845235/12845236/dokument538250.pdf

		natomiast Odwoławcza Komisja Bioetyczna opiniuje projekty eksperymentów medycznych w szerokim spektrum dyscyplin w ramach dziedziny nauk medycznych i nauk o zdrowiu, które uprzednio uzyskały negatywną opinię właściwej komisji bioetycznej. Powyższe uwarunkowania nakazują wprowadzenie wyższych wymogów w zakresie kwalifikacji, poprzez wprowadzenie wymogu posiadania co najmniej stopnia naukowego doktora zawodowego wobec kandydata na członka Odwoławczej Komisji Bioetycznej. Kolejny problem – jaki powyższy projekt rozporządzenia rozwiązuje, jest wprowadzenie kadencyjności członkostwa w Odwoławczej Komisji Bioetycznej i zarazem ujednolicenia okresu kadencji na okres 4 lat dla obu rodzajów komisji – tj. Odwoławczej Komisji Bioetycznej i komisji bioetycznej. W dotychczasowych przepisach kadencyjność dotyczyła jedynie składu komisji bioetycznej i wynosiła 3 lata. W proponowanym projekcie – kadencyjność wynosi 4 lata i obejmuje oba rodzaje komisji. Wydłużenie kadencyjności do 4 lat w ocenie projektodawcy jest słuszne z uwagi również na 4-letni okres kadencyjności organów izb lekarskich, czy organów uczelni. W ten sposób projektodawca dostosowuje okres kadencyjności do powszechnie przyjętych standardów obowiązujących w ww. podmiotach (uczelnie, izby lekarskie, instytuty badawcze), zarazem stwarzając możliwość zmiany w składach komisji przez włączanie do udziału w ich pracach kolejnych przedstawicieli środowiska naukowo-medycznego czy przedstawicieli innych zawodów uprawnionych do zasiadania w składach tych komisji. Istotnym problemem, jaki został zidentyfikowany ze strony ustawodawcy była kwestia ustanowienia uprawnień dla członków Odwoławczej Komisji Bioetycznej do otrzymywania wynagrodzenia za pracę w Komisji. Jak dotąd kwestia ta nie znalazła stosownego unormowania w przepisach rangi ustawowej, jak i na poziomie przepisów wykonawczych, co stanowiło znaczące utrudnienie dla pracy Odwoławczej Komisji Bioetycznej oraz efektywności jej działań. Projektowane rozporządzenie rozwiązuje również i ten problem, określając szczegółowe podstawy do wypłaty wynagrodzenia członkom Odwoławczej Komisji Bioetycznej. Należy wskazać, że nie ma możliwości zastosowania w przedmiotowej sprawie rozwiązań pozalegislacyjnych Rekomendowanym rozwiązaniem jest wykonanie upoważnienia zawartego w art. 29 ust. 26 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, tj. wydanie rozporządzenia w sprawie trybu		

		powoływania oraz sposobu działania komisji bioetycznej oraz Odwoławczej Komisji Bioetycznej. W projektowanym rozporządzeniu określono: 1) szczegółowy tryb powoływania oraz sposób działania komisji bioetycznej oraz Odwoławczej Komisji Bioetycznej: a) w zakresie trybu powoływania komisji bioetycznej jako komisji lokalnej uwzględniono specyfikę usytuowania danej komisji, tj.: - przy okręgowej izbie lekarskiej: organem powołującym jest okręgowa rada lekarska, która powołuje komisję bioetyczną w drodze uchwały rady okręgowej izby lekarskiej, - w uczelni prowadzącej kształcenie w zakresie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu: organem powołującym jest rektor uczelni, który powołuje komisję bioetyczną w drodze zarządzenia rektora, - w instytucie badawczym nadzorowanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia: organem powołującym jest dyrektor instytutu, który powołuje komisję bioetyczną w drodze zarządzenia dyrektora instytutu, - przy instytucie Polskiej Akademii Nauk należącym do Wydziału Nauk Medycznych: organem powołującym jest dyrektor instytutu PAN, który powołuje komisję bioetyczną w drodze zarządzenia dyrektora instytutu, b) w zakresie trybu powoływania Odwoławczej Komisji Bioetycznej uwzględniono jej funkcję i rangę, wskazując, zgodnie z § 8 ust. 1, że organem powołującym jest minister właściwy do spraw zdrowia, który powołuje członków Odwoławczej Komisji Bioetycznej w drodze zarządzenia, po uprzednim zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej; 2) wzór oświadczenia kandydata do komisji bioetycznej albo Odwoławczej Komisji Bioetycznej, ze wskazaniem przez kandydata zgody na udział w pracach komisji oraz pisemnego oświadczenia o zachowaniu bezstronności i poufności (§ 1 pkt 2 projektu rozporządzenia); 3) szczegółowy sposób postępowania z wnioskiem o wyrażenie opinii o projekcie eksperymentu medycznego : a) w zakresie sposobu postępowania komisji bioetycznej oraz Odwoławczej Komisji Bioetycznej, wskazano, że zarówno komisja bioetyczna jak i Odwoławcza Komisja Bioetyczna działa w trybie wnioskowym, b) w zakresie postępowania odwoławczego od negatywnej opinii o projekcie eksperymentu medycznego, wprowadzano tryb umożliwiający ponowne rozpatrzenie sprawy przez tę samą komisję bioetyczną, która wydała opinię negatywną, jeżeli uzna za zasadne zmianę wydanej uprzednio uchwały – na pozytywną. Termin do wydania takiej uchwały		

		został określony na 30 dni od daty otrzymania wniosku odwoławczego. W przeciwnym wypadku, tj. utrzymaniu w mocy uchwały negatywnej, sprawa jest przekazywana do Odwoławczej Komisji Bioetycznej w celu rozpatrzenia w trybie odwoławczym. Powyższe kwestie zostały szczegółowo uregulowane w § 16–17 projektowanego rozporządzenia; 4) wysokość wynagrodzenia dla członków Odwoławczej Komisji Bioetycznej jako nieistniejącego dotychczas uprawnienia do otrzymywania wynagrodzenia – wskazano na sposób wyliczenia wysokości tego wynagrodzenia jako pochodnej od przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego w drodze obwieszczenia Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. Przysługująca wysokość jest nie wyższa niż 40% ww. wynagrodzenia za udział w posiedzeniu i została zindywidualizowana stosownie do pełnionej funkcji w \ Odwoławczej Komisji Bioetycznej.		
Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej	Konieczne jest dostosowanie przepisów regulujących sposób ustalania prowizorycznego ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „PSZ”, w sposób umożliwiający zwiększenie wysokości tego ryczałtu. Proponuje się zastąpienie dotychczasowej metody ustalenia prowizorycznej kwoty ryczałtu PSZ, zawartej w § 3 ust. 2 rozporządzenia 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 późn. zm.), opartej na iloczynie kwoty ryczałtu ustalonego na okres obliczeniowy i współczynnika proporcjonalności czasowej, metodą polegającą na iloczynie liczby jednostek sprawozdawczych obliczonych dla danego świadczeniodawcy na okres obliczeniowy, prognozowanej ceny jednostki sprawozdawczej na okres planowania oraz współczynnika korygującego (jakościowego). Zmiana ta umożliwi ustalenie dla świadczeniodawców działających w ramach PSZ wyższych kwot prowizorycznego ryczałtu PSZ, tj. kwot obowiązujących do czasu wyliczenia ostatecznego ryczałtu (w terminie do końca marca 2023 r.), niż kwoty wynikające z zastosowania dotychczasowego wzoru, co pozwoli na poprawę sytuacji finansowej tych podmiotów.	Skierowanie aktu do ogłoszenia	https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12367560/12939929/12939930/dokument595368.pdf
Ustawa	Rządowy projekt ustawy o badaniach klinicznych produktów	zwiększenia konkurencyjności Rzeczypospolitej Polskiej jako miejsca prowadzenia badań klinicznych przez wdrożenie przejrzystych regulacji prawnych umożliwiających stosowanie europejskich standardów określonych w rozporządzeniu 536/2014 oraz wprowadzenie dodatkowych ułatwień i mechanizmów zachęcających do prowadzenia badań	Ustawę przekazano Prezydentowi i Marszałkowi Senatu	https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/5D58C3895C6FC899C125890C004EEF90/%24File/2843.pdf

	leczniczych stosowanych u ludzi (druk 2843)	klinicznych, które wyróżnią Rzeczpospolitą Polską na tle państw wdrażających jedynie plan minimum wyłącznie umożliwiający stosowanie rozporządzenia 536/2014		
Rozporządzenie	Projekt rozporządzania Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy, ma na celu uchylenie przepisów nakładających obowiązki na zlikwidowaną z dniem 1 lipca 2020 r. Państwową Inspekcję Sanitarną Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, której zadania zostały przejęte przez Państwową Inspekcję Sanitarną, na mocy ustawy z dnia 23 stycznia 2020 r. o zmianie ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 322 i 374). Projektowane rozporządzenie zakłada uchylenie w § 5 w ust. 3 pkt 2 i w § 6 ust. 2 w rozporządzeniu 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 2021 r. poz. 2235). Zważywszy na szczególny charakter uchylanych przepisów w ich miejsce zastosowanie znajdują przepisy ogólne przewidziane w tym rozporządzeniu, kształtujące sytuację prawną podmiotów niebędących jednostkami organizacyjnymi podległymi ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych lub nadzorowanymi przez niego oraz komórkami organizacyjnymi urzędu obsługującego Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji.	Komisja Prawnicza	https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12364707/12915318/12915319/dokument577945.pdf
Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie pozbawienia statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej Osiedla Zdrojowego położonego na obszarze miasta na prawach powiatu Skierniewice oraz sołectw: Maków, Krężce i	Pismem z dnia 19 lipca 2022 r. Prezydent Miasta Skierniewice złożył do Ministra Zdrowia wniosek o pozbawienie statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej Osiedla Zdrojowego położonego na obszarze miasta na prawach powiatu Skierniewice oraz sołectw: Maków, Krężce i Dąbrowice położonych na obszarze gminy Maków. Głównym powodem przyjęcia wnioskowania, zgodnie z informacją przekazaną przez Prezydenta Miasta Skierniewic, jest zmiana przeznaczenia obszaru objętego statusem obszaru ochrony uzdrowiskowej z funkcji leczenia uzdrowiskowego na rzecz planowanej budowy zespołu rekreacji wodnej z wykorzystaniem wód termalnych, a także ich wykorzystanie do produkcji ciepła systemowego, jak również zagospodarowanie terenów przemysłowych pod przyszłe utworzenie Strefy Przemysłowej. Zgodnie z procedurą zawartą w art. 44 ust. 2 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych, zwaną dalej „ustawą uzdrowiskową”, Minister Zdrowia po	Skierowanie do podpisu Prezesa Rady Ministrów	https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//3/12365053/12918446/12918447/dokument579889.pdf

	Dąbrowice położonych na obszarze gminy Maków	przeprowadzonej analizie złożonego przez Prezydenta Miasta Skierniewice wniosku o pozbawienie statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej Osiedla Zdrojowego położonego na obszarze miasta na prawach powiatu Skierniewice oraz sołectw: Maków, Krężce i Dąbrowice położonych na obszarze gminy Maków, przychylił się do argumentacji wskazanej w wystąpieniu i w dniu 9 sierpnia 2022 r. wydał decyzję o uchyleniu decyzji nr 65 z dnia 18 września 2012 r. potwierdzającej możliwość prowadzenia leczenia uzdrowiskowego w kierunkach leczniczych: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby reumatologiczne, choroby układu nerwowego, choroby skóry i otyłość, na obszarze powyżej wskazanym. Jednocześnie Minister Zdrowia wystąpił z wnioskiem do Rady Ministrów o pozbawienie statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej, zgodnie z żądaniem Wnioskodawcy. Oczekiwanym efektem będzie pozbawienie „Obszaru Ochrony Uzdrowiskowej Skierniewice – Maków" statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej.		
Zarządzenie	Projekt zarządzenia - leczenie stomatologiczne	Zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne, 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.) i jego wydanie związane jest z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. poz.1912), zmieniającego listę materiałów stomatologicznych wykorzystywanych do udzielania stomatologicznych świadczeń gwarantowanych. W projekcie uwzględnione zostały zmiany wyceny niektórych świadczeń stomatologicznych zgodnie z zaleceniem Ministra Zdrowia przekazanym Narodowemu Funduszowi Zdrowia do realizacji, są to m.in: • wprowadzenie rozliczania świadczeń z zakresu chirurgii i periodontologii oraz niektórych innych świadczeń w sposób kompleksowy, pakietami świadczeń; • zmiana wyceny wypełnień w zębach; • zróżnicowanie wyceny niektórych świadczeń w przypadku wykonywania ich przez periodontologów; Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii	Uwagi d o1 lutego 2023 r.	https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/projekty-zarzadzen/projekt-zarzadzenia-leczenie-stomatologiczne,6823.html

		Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Jest to kolejny etap zmiany wyceny świadczeń stomatologicznych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, który przyczyni się do zwiększonego zainteresowania świadczeniodawców realizacją umów w ramach realizacji świadczeń gwarantowanych. Szacowany skutek finansowy wg szacunków przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia wyniesie ok. 410 mln zł rocznie, z zastrzeżeniem, że brak jest możliwości oszacowania skutków sumowania wyceny świadczeń.		
Obwieszczenie	Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 14 grudnia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodzie lekarza weterynarii i izbach lekarsko-weterynaryjnych	ogłasza się jednolity tekst ustawy z dnia 21 grudnia 1990 r. o zawodzie lekarza weterynarii i izbach lekarsko-weterynaryjnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1140)		https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000015401.pdf
Obwieszczenie	Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 8 grudnia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach	ogłasza się jednolity tekst 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), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych ustawą z dnia 7 października 2022 r. o zmianie niektórych ustaw w celu uproszczenia procedur administracyjnych dla obywateli i przedsiębiorców (Dz. U. poz. 2185) oraz zmian wynikających z przepisów ogłoszonych przed dniem 8 grudnia 2022 r.		https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000015101.pdf

	uzdrowiskowych			
Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2023 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu informacji gromadzonych w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia oraz sposobu i terminów przekazywania tych informacji	ogłasza się jednolity tekst 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)		https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000015001.pdf
Ustawa	Rządowy projekt ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej (druk 2935)	projekt dotyczy wprowadzenia nowego modelu zarządzania opieką onkologiczną w Polsce, który usprawni organizację systemu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej dotyczących onkologii i utworzenia przez szpitale, które spełniają kryteria kwalifikacyjne Krajowej Sieci Onkologicznej	Skierowano do I czytania na posiedzenie Sejmu – 25-26 stycznia 2023 r.	https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/druk.xsp?nr=2935
Ustawa	Rządowy projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (druk 2898)	projekt dotyczy określenia zasad funkcjonowania systemu jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta	Posiedzenie Sejmowej Komisji Zdrowia- 25 stycznia 2023 r.	https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=2898
Ustawa	Poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków	Dotyczy zniesienia wymogu ulokowania poradni przyszpitalnej w tj samej dzielnicy co szpital	2-01-2023 skierowany do opinii BL; 12-01-2023 skierowany do opinii BAS - zgodność z	https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/Projekty/9-020-1123-2023/$file/9-020-1123-2023.pdf

	publicznych		prawem UE	
Zarządzenie	Projekt zarządzenia– 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 2022 r. poz. 2561, 2674 i 2770). Niniejszym zarządzeniem zmieniającym 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 wprowadza się następujące zmiany: 1. W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2770) wprowadzającej m.in. finansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych z budżetu pozostającego w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia niezbędne zmiany porządkujące, które obejmują: a) połączenie katalogu produktów wysokospecjalistycznych (1w) z katalogiem operacji wad serca i aorty piersiowej (1ws) w jeden katalog stanowiący załącznik nr 1w do zarządzenia; b) w celu uproszczenia zasad rozliczenia za zgodą płatnika dla świadczeń z katalogu 1w: - dokonano zmian w § 25 zarządzenia, - w zakresie załącznika 1b do zarządzenia usunięto produkt rozliczeniowy o kodzie 5.52.01.0001550 Rozliczenie za zgodą płatnika operacji wad serca i aorty piersiowej, - w zakresie załącznika 1w wprowadzono nowy produkt rozliczeniowy o kodzie 5.54.01.0000089 - Rozliczenie za zgodą płatnika – świadczenie z katalogu produktów wysokospecjalistycznych oraz operacji wad serca i aorty piersiowej, zamiast dotychczasowych produktów o kodach: 5.54.01.0000005, 5.54.01.0000067, 5.54.01.0000068, 5.52.01.0001550, - ponadto w przypadku jednoczasowego udzielenia świadczenia wysokospecjalistycznego związanego z przeszczepieniem narządu oraz świadczenia związanego z przeszczepieniem nerki lub trzustki, finansowane jest na poziomie 60% wartości odpowiedniej JGP (G30, L94, L97, PZL12) do rozliczenia wskazano produkt rozliczeniowy o kodzie 5.54.01.0000089. 2. W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2674) wprowadzającej finansowanie świadczeń opieki	Uwagi do 25 stycznia 2023 r.	https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/projekty-zarzadzen/projekt-zarzadzenia-leczenie-szpitalne-swiadczenia-wysokospecjalistyczne,6822.html

		zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia, związanych z diagnostyką genetyczną z Funduszu Medycznego wprowadza się zmiany, które obejmują: a) w załączniku nr 3 katalog zakresów świadczeń w leczeniu szpitalnym dodano zakresy skojarzone do zakresów, w których są realizowane badania genetyczne dla dzieci; b) biorąc pod uwagę powyższe, w zakresie §12 dokonano niezbędnych zmian polegających na wyodrębnieniu zakresów skojarzonych dla produktów związanych z diagnostyką genetyczną u dzieci oraz umożliwiono na wniosek świadczeniodawcy cokwartalne zwiększanie kwoty zobowiązania w umowie o udzielanie świadczeń do kwoty zgodnej z wartością zrealizowanych świadczeń. 3. W § 25 treści normatywnej zarządzenia zmianie uległy wartości wyjściowe hospitalizacji kosztochłonnych z 15 000 zł do 30 000 zł oraz z 20 000 zł do 38 000 zł. W przypadku wystąpienia konieczności wykonania dodatkowej procedury medycznej w ramach hospitalizacji określonej w katalogu produktów wysokospecjalistycznych oraz operacji wad serca i aorty piersiowej jej wartość wzrosła z 10 000 zł do 14 000 zł; w związku z sukcesywnym, znaczącym podnoszeniem ceny za punkt w ciągu ostatniego roku uznaje się za uzasadnione podwyższenie także przedmiotowych kwot, które pozostawały na niezmienionym od kilku lat poziomie. Zainicjowane w 2021 r. długotrwałe analizy wykazały konieczność aktualizacji kryterium dla wniosków o rozliczenie za zgodą płatnika. 4. W § 15 zarządzenia oraz w załączniku 1a do zarządzenia wprowadzono zmiany w zakresie funkcjonującego mechanizmu redukcji wartości punktowej hospitalizacji < 3 dni. W zmodyfikowanym mechanizmie dla poszczególnych JGP zabiegowych lub zachowawczych, dla których dotychczas przewidziana była redukcja wartości punktowej hospitalizacji < 3 dni, wprowadzono etapowe zwiększenie wartości punktowej hospitalizacji trwających poniżej 3 dni (odpowiednio gdy data przyjęcia = data wypisu, jeden albo dwa dni). Etapowe zwiększenie wartości punktowej hospitalizacji ma na celu wyeliminowanie zbędnego wydłużenia hospitalizacji celem uzyskania wyższego przychodu szpitala. Mechanizm zapewni szpitalom dodatkowe fundusze, a dyrektorzy podmiotów leczniczych zyskają większą elastyczność w zarządzaniu ruchem pacjentów. Zmiana wchodzi w życie od 1 lutego 2023 r. 5. Pozostałe zmiany mają charakter techniczny i porządkujący. Skutek finansowy po stronie płatnika publicznego dla wprowadzonych		

		zmian w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2770) wynosi 160,5 mln zł w skali roku. Skutek finansowy dla mechanizmu tzw. schodkowej redukcji wartości punktowej hospitalizacji wynosi co najmniej 200 mln zł w skali roku. Natomiast dla pozostałych wprowadzanych niniejszym zarządzeniem zmian na dzień publikacji zarządzenia 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.), zostanie poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 7 dni. Okres ten został skrócony z uwagi na słuszny interes stron. 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 Izba Fizjoterapeutów, Naczelna Izba Aptekarska) 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. Do wniosków o zgodę na indywidualne rozliczenie świadczeń, o których mowa w § 25 ust.1 i 2 zarządzenia, złożonych do dnia 31 stycznia 2023 r., stosuje się przepisy zarządzenia, w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 stycznia 2023 r., z wyjątkiem załącznika do niniejszego zarządzenia, który stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 lutego 2023 r.		
Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 11 stycznia 2023 r. w sprawie wymagań dobrej praktyki przechowywania i wydawania krwi i jej składników dla	ogłasza się „Wymagania dobrej praktyki przechowywania i wydawania krwi i jej składników dla banków krwi oraz badań z zakresu immunologii transfuzjologicznej wykonywanych w zakładach leczniczych podmiotów leczniczych innych niż regionalne centra, Wojskowe Centrum lub centrum MSWiA”		https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2023/8/akt.pdf

	banków krwi oraz badań z zakresu immunologii transfuzjologicznej wykonywanych w zakładach leczniczych innych niż regionalne centra, Wojskowe Centrum lub Centrum MSWiA			
Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej	W związku z wdrażaniem reformy opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży oraz wprowadzeniem zmian w zakresie warunków udzielania świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień objętych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2022 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 2184), zwanym dalej „rozporządzeniem koszykowym", w wyniku przeprowadzonych analiz w związku z planowanym ogłoszeniem przez Narodowy Fundusz Zdrowia, postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju „Pomoc doraźna i transport sanitarny" w przedmiocie postępowania: „Świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego", a także w związku z wycofaniem amalgamatu stomatologicznego, jako materiału stosowanego do wypełnień w leczeniu stomatologicznym, zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z poz. 1912) i zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/852 z dnia 17 maja 2017 r. w sprawie rtęci oraz uchylającym rozporządzenie (WE) nr 1102/2008 (Dz. Urz. UE L 137 z 24.05.2017, str. 1), które wskazuje, że podmioty prowadzące gabinety stomatologiczne, w których stosowany jest amalgamat stomatologiczny lub w których usuwane są wypełnienia z amalgamatu stomatologicznego lub zęby zawierające takie wypełnienia, zapewniają wyposażenie gabinetów w separatory amalgamatu do celów zatrzymywania i zbierania cząstek amalgamatu, w tym również cząstek znajdujących się w zużytej wodzie zaistniała konieczność wprowadzenia zmian w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w	Konsultacje publiczne	https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12368460/12944947/12944948/dokument600829.pdf

		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”. Projekt rozporządzenia obejmuje zmiany kryteriów wyboru ofert w: 1) załączniku nr 4 do rozporządzenia „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień”, 2) załączniku nr 7 do rozporządzenia „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju leczenie stomatologiczne” oraz 3) załączniku nr 16 do rozporządzenia „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny.”. 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 i II poziomie referencyjnym. W konsekwencji doprecyzowania dotychczasowego brzmienia przepisów rozporządzenia koszykowego na I oraz II poziomie referencyjnym zmieniono kryteria o charakterze ilościowym na kryteria o charakterze jakościowym, przy jednoczesnym zachowaniu wymaganego rozporządzeniem koszykowym równoważnika etatów, oraz utworzono dodatkowe kryteria jakościowe premiujące wyższe kwalifikacje zawodowe personelu udzielającego ww. świadczeń. Dodatkowo zaproponowano wprowadzenie modyfikacji katalogów premiowanego personelu odpowiednio o osobę w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii uzależnień (nowopowstałej dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, w której może być uzyskiwany tytuł specjalisty). Projekt rozporządzenia dostosowuje również definicję superwizji psychoterapii, osoby prowadzącej terapię zajęciową i specjalisty psychoterapii uzależnień do zmian wynikających z rozporządzenia koszykowego. W załączniku nr 7 do rozporządzenia zaproponowano wprowadzenie nowego ocenianego warunku posiadania przez świadczeniodawców separatora amalgamatu w miejscu udzielania świadczeń, dostosowanie punktacji do nowego warunku oraz doprecyzowanie określeniu minimalnego odsetka zatrudnionego personelu o określonych kwalifikacjach w świadczeniach chirurgii stomatologicznej i periodontologii.		

		W załączniku nr 16 do rozporządzenia w części „2. Przedmiot postępowania: Świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego” zaproponowano rozszerzenie kryterium dotyczącego personelu o ratownika medycznego mającego doświadczenie w pracy w zespole transportu medycznego oraz dodanie w kryterium kompleksowości warunku premiującego oferentów realizujących przez co najmniej 2 lata świadczenia z zakresu zespołu transportu medycznego. Wejście w życie rozwiązań przewidzianych w projekcie rozporządzenia pozwoli na przeprowadzanie przez płatnika publicznego postępowań w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych dzieciom i młodzieży na I, II i III poziomie referencyjnym, w rodzaju leczenie stomatologiczne oraz w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w zakresie świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego i dokonanie wyboru najkorzystniejszej oferty spośród złożonych w toku postępowania, biorąc pod uwagę ich jakość, kompleksowość, dostępność oraz cenę. Podjęte działania mają na celu także zabezpieczenie ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych w ww. rodzajach i zakresach świadczeń opieki zdrowotnej.		
Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 11/2023/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 17 stycznia 2023 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 2022 r. poz. 2561), 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 (z późn. zm.), wprowadza następujące zmiany w stosunku do obowiązującego stanu prawnego:1. w § 15:a) w ust. 1 i 3 doprecyzowano brzmienie przepisów wskazując na możliwość zastosowania współczynnika korygującego – odpowiednio w ust. 1 dla produktów rozliczeniowych J01G, J01H i J02 w rozpoznaniu C50, natomiast w ust. 3 dla produktu rozliczeniowego F31 w rozpoznaniach C18 – C20,b) uchylono ust. 4, który dotyczył zasad stosowania współczynnika korygującego w roku 2022;2. w § 16 uaktualniono brzmienie przepisu w zakresie zasad rozliczania świadczeń finansowanych w ramach grup JGP J03O, F32O, F42O:a) zmieniono okres oceny warunku minimalnej liczby zrealizowanych świadczeń zabiegowych, określonego w załączniku nr 19 do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne – z roku 2019 lub 2021 na rok kalendarzowy poprzedzający rok, w którym stosuje się rozliczenie świadczeń	Wejście w życie 18 stycznia 2022 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1639/Zarzadzenie-11_2023_DSOZ

		zabiegowych w ramach grup JGP J03O, F32O, F42O,b) na zasadzie symetryzacji ze zmianami wprowadzonymi w załączniku 19 do zarządzenia Nr 1/2022/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.) – do grup JGP, których realizacja jest uwzględniana przy szacowaniu minimalnej liczby zrealizowanych świadczeń zabiegowych dodano grupy J03O, F32O, F42O;3. w załączniku 1on do zarządzenia skorygowano wycenę punktową następujących produktów rozliczeniowych:- 5.06.00.0000902 kolonoskopia diagnostyczna,- 5.06.00.0000903 kolonoskopia diagnostyczna z biopsją (z badaniem hist.-pat.).Przedmiotowa zmiana w zakresie merytorycznym wynika bezpośrednio (symetryzacja przepisów) z zarządzenia Nr 61/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 maja 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (z późn.zm.).Pozostałe zmiany wprowadzone w zarządzeniu mają charakter porządkowy. 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 ustawyo świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 i 3a załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia 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 7 dni. Okres ten został skrócony z uwagi na słuszny interes stron. 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, Krajowa Izba Fizjoterapeutów, Naczelna Rada Aptekarska) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach. W wyniku konsultacji uwagi do projektu zgłosiły dwa podmioty, z których jedną pozostawiono do dalszej analizy w zakresie możliwości ewentualnego wykorzystania przy kolejnych nowelizacjach. Pozostałe uwagi nie odnosiły się do przedmiotu przedłożonego projektu i nie zostały uwzględnione w ostatecznym kształcie zarządzenia. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki		

		zdrowotnej udzielanych od 1 stycznia 2023 r.		
Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 10/2023/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 17 stycznia 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne	Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, 2674 i 2770).Niniejsze zarządzenie zmieniające 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 wprowadza zmiany, które obejmują:1. W zakresie załącznika nr 1a do zarządzenia (Katalog grup) na podstawie obwieszczeń Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 21 września 2022 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenie szpitalne oraz z dnia 22 grudnia 2022 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego obejmujących choroby wewnętrzne i odpowiednich raportów dokonano zmian obejmujących: a) w zakresie reumatologii w grupach H86 – H98, zmiany polegające na implementacji nowych taryf, modyfikacji i utworzeniu nowych grup:- H87 Choroby zapalne stawów i tkanki łącznej z połączenia grup H87C Choroby zapalne stawów i tkanki łącznej < 4 dni i H87D Choroby niezapalne kości i stawów > 3 dni,- H89 Choroby niezapalne kości i stawów z połączenia grup H89C Choroby niezapalne kości i stawów < 4 dni i H89D Choroby niezapalne kości i stawów > 3 dni- zmiana warunku długości pobytu ma na celu zmniejszenie zjawiska krótkich hospitalizacji związanych z podawaniem leków. Podkreślenia wymaga fakt, że wspomniane leki powinny być podawane w warunkach ambulatoryjnych;- H90 Zapalenia stawów, układowe choroby tkanki łącznej oraz choroby infekcyjne kości i stawów wymagające intensywnego leczenia > 10 dni została przemodelowana poprzez dołączenie do pacjentów aktualnie rozliczanych grupą H90 Zapalenia stawów i układowe choroby tkanki łącznej wymagające intensywnego leczenia > 10 dni pacjentów z grupy H88 Choroby infekcyjne kości i stawów, wymagających antybiotykoterapii oraz z pobytem powyżej 10 dni;- H95 Kompleksowa diagnostyka chorób reumatologicznych utworzona w celu umożliwienia rozliczania wczesnej diagnostyki chorób reumatycznych. Świadczenie dotyczy chorych skierowanych z poradni przyszpitalnej po I lub II wizycie diagnostycznej. Wymagany okres oczekiwania na przyjęcie do oddziału nie dłuższy niż 30 dni. Świadczenie może być rozliczone u jednego pacjenta 1 raz w roku kalendarzowym;- H96C Układowe choroby tkanki łącznej powstała z połączenia grup H96CE Układowe choroby	Wejście w życie 18 stycznia 2023 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1635/Zarzadzenie-10_2023_DSOZ

		tkanki łącznej > 65 r.ż. i H96CF Układowe choroby tkanki łącznej < 66 r.ż. Zniesienie podziału wiekowego jest odpowiedzią na postulat środowiska eksperckiego, ponieważ koszty leczenia pacjentów w obu grupach nie są związane z wiekiem pacjenta a z wielochorobowością, która pojawia się u pacjentów z chorobami reumatycznymi około 40 r.ż.; b) w zakresie chorób wewnętrznych zmiany polegające na implementacji nowych taryf, modyfikacji i utworzeniu nowych grup:- K25 Zaburzenia odżywiania i zaburzenia wodno-elektrolitowe z połączenia grup K26 Zaburzenia wodno-elektrolitowe i K27 Zaburzenia odżywiania,- K40 Cukrzyca z powikłaniami i inne stany zaburzeń glikemii z połączenia grup K35 Cukrzyca z powikłaniami i inne stany hipoglikemiczne i K37 Cukrzyca ze stanami hiperglikemicznymi- z uwagi na podobny wiek pacjentów, realizację w ramach tego samego kodu resortowego, zbliżone zużycie zasobów podobne zużycie zasobów oraz podobny czas hospitalizacji w poszczególnych grupach;- K28F Wrodzone wady metaboliczne > 18 r.ż. < 66 r.ż.,- P52 Wrodzone wady metaboliczne < 18 r.ż.- z grupy K28F Wrodzone wady metaboliczne < 66 r.ż. wyodrębniono populację dziecięcą i stworzono dwie odrębne grupy: K28F Wrodzone wady metaboliczne > 18 r.ż. < 66 r.ż. oraz P52 Wrodzone wady metaboliczne < 18 r.ż., dla której pozostawiono wycenę na dotychczasowym poziomie ze względu na trwające w AOTMiT prace nad wyceną taryf dla pacjentów pediatrycznych;2. W zakresie załącznika nr 1c do zarządzenia (Katalog produktów do sumowania):a) podniesiono wycenę punktową produktów rozliczeniowych dedykowanych gastroskopii i kolonoskopii diagnostycznej w trybie ambulatoryjnym – zmiana ma na celu ujednolicenie wycen tożsamych świadczeń w innych rodzajach świadczeń; b) w zakresie produktów związanych z leczeniem krwią i jej składnikami, dokonano aktualizacji wartości produktów, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2023 r.;3. W zakresie załącznika 3e, zmiana związana jest z obwieszczeniem Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 22 grudnia 2022 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego obejmujących choroby wewnętrzne - w znowelizowanym załączniku pozostawiono współczynniki korygujące dla grup z sekcji F, G i L, które nie zostały objęte ww. obwieszczeniem;4. W zakresie załącznika nr 9 do zarządzenia (Charakterystyka JGP):a) w związku z wynikami opracowania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr WT.5403.7.2022 z dnia 29 lipca 2022 r. dotyczącego analizy kosztów		

		będących podstawą przygotowania taryf świadczeń szpitalnych z zakresu reumatologii dokonano następujących modyfikacji:- zniesiono dotychczasowy podział ze względu na czas pobytu między grupami: H87C Choroby zapalne stawów i tkanki łącznej < 4 dni i H87D Choroby zapalne stawów i tkanki łącznej > 3 dni- zniesiono dotychczasowy podział ze względu na czas pobytu między grupami H89C Choroby niezapalne kości i stawów < 4 dni i H89D Choroby niezapalne kości i stawów > 3 dni- dokonano zmian w zakresie charakterystyki grupy H90 Zapalenia stawów, układowe choroby tkanki łącznej wymagające intensywnego leczenia > 10 dni. W ramach grupy H90 umożliwiono rozliczanie świadczeń udzielanych pacjentom z chorobami infekcyjnymi kości i stawów hospitalizowanych dłużej niż 10 dni i wymagających antybiotykoterapii. Wyodrębniono populację kosztochłonnych pacjentów dotychczas rozliczanych w ramach grupy H88 Choroby infekcyjne kości i stawów - głównie pacjenci cierpiący na ropne zapalenia stawów. Do listy ICD 9 grupy H90 dodano procedury:- 99.210 Wstrzyknięcie antybiotyku nieokreślone- 99.211 Podanie antybiotyku na nośniku- 99.218 Podanie antybiotyku dożylnie lub we wlewie- 99.219 Wstrzyknięcie antybiotyku – inne Do listy ICD 10 grupy H90 dodano rozpoznania:- M00.0 Gronkowcowe zapalenie jedno- lub wielostawowe- M00.1 Pneumokokowe zapalenie jedno- lub wielostawowe- M00.2 Paciorkowcowe zapalenia jedno- lub wielostawowe- M00.8 Inne bakteryjne zapalenia jedno- lub wielostawowe- M00.9 Ropne zapalenia stawów, nieokreślone- M46.2 Zapalenie kości i jamy szpikowej kręgu- M46.3 Infekcja krążkamiędzykręgowego (ropna)- M46.5 Inne infekcyjne choroby kręgosłupa- M86.6 Inne przewlekłe zapalenie kości i szpiku- M86.8 Inne zapalenie kości i szpiku- Do listy dodatkowej ICD 10 H8s dodano rozpoznania - M01.0 Meningokokowe zapalenie stawów (A39.8+)- M01.1 Gruźlicze zapalenie stawów (A18.0+)- M01.2 Zapalenie stawów w chorobie z Lyme (A69.2+)- M01.3 Zapalenie stawów towarzyszące innym bakteryjnym chorobom sklasyfikowanym gdzie indziej- M01.4 Zapalenie stawów w różyczce (B06.8+)- zniesiono dotychczasowy podział wiekowy między grupami H96CE Układowe choroby tkanki łącznej > 65 r.ż. i H96CF Układowe choroby tkanki łącznej < 66 r.ż.; Analiza AOTMiT wykazała, że koszty leczenia pacjentów w obu grupach nie są związane z wiekiem pacjenta a z wielochorobowością, która pojawia się u pacjentów z chorobami reumatycznymi około 40 r.ż.- wprowadzono nowy produkt umożliwiający wczesną diagnostykę schorzeń reumatologicznych H95		

		Kompleksowa diagnostyka chorób reumatologicznych, b) w związku z wynikami opracowania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr WT.521.2.2022 z dnia 7 listopada 2022 r. dotyczącego analizy świadczeń gwarantowanych obejmujących leczenie chorób wewnętrznych (jednorodne grupy pacjentów realizowane w ramach zakresu świadczeń choroby wewnętrzne) dokonano następujących modyfikacji:- połączono grupy:- K26 Zaburzenia wodno-elektrolitowe i K27 Zaburzenia odżywiania oraz- K35 Cukrzyca z powikłaniami i inne stany hipoglikemiczne i K37 Cukrzyca ze stanami hiperglikemicznymi, Przeprowadzone przez AOTMiT analizy wykazały, że wyżej wymienione pary grup mają zbliżone koszty. W wyniku połączenia poszczególnych JGP powstały nowe grupy:- K25 Zaburzenia odżywiania i zaburzenia wodno-elektrolitowe,- K40 Cukrzyca z powikłaniami i inne stany zaburzeń glikemii,- wydzielono populację dziecięcą z grupy K28F i utworzono dla niej dedykowaną grupę P52 Wrodzone wady metaboliczne < 18 r.ż. Wycena nowej JGP pozostawiono na dotychczasowym poziomie (tak jak JGP: K28F) ze względu na trwające w AOTMiT prace nad wyceną taryf dla pacjentów pediatrycznych, c) doprecyzowano i uporządkowano kody oraz nazwy procedur medycznych wg. ICD 9 na liście procedur N23d grupy N23 Noworodek wymagający rozszerzonej diagnostyki, które zostały zaproponowanych przez ekspertów w ramach prac prowadzonych z AOTMiT, d) w grupie N24 Noworodek wymagający szczególnej opieki doprecyzowano warunki wymagane do rozliczenia fototerapii u noworodka:- wymagane wskazanie procedur: 99.831 Fototerapia noworodka (czas trwania min 24h) (min 1 raz) łącznie z I87 Bilirubina bezpośrednia (min 2 razy) i I89 Bilirubina całkowita (min 2 razy) oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań N24; wiek < 8 tyg. ż.;5. W zakresie załącznika nr 19 dodano grupy dedykowane świadczeniom onkologicznym „O” – zmiana ma na celu umożliwienia spełnienia formalnych wymogów świadczeniodawcom już realizującym te świadczenia. Pozostałe zmiany miały charakter porządkujący lub przyczyny techniczne, w tym:1) uchylono przepisy mające na celu zminimalizowanie skutków epidemii COVID-19 poprzez umożliwienie świadczeniodawcom korygowanie wartości produktu rozliczeniowego niektórych świadczeń z katalogu grup z zastosowaniem współczynników na podstawie realizacji świadczeń udzielonych w roku 2019 albo 2021. Zostaje przywrócona zasada realizacji świadczeń w roku kalendarzowym poprzedzającym rok, w którym stosowany jest współczynnik;2) w zakresie załącznika nr 1b, nr 1c i nr 3b usunięto produkty rozliczeniowe o kodach:		

		5.52.01.0001509 (Ratunkowy dostęp do technologii lekowych - w trybie ambulatoryjnym) oraz 5.53.01.0000012 (Produkt leczniczy w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej), które miały zastosowanie do rozliczenia ratunkowego dostępu do technologii lekowych (RDTL) na podstawie decyzji wydanych przez Ministra Zdrowia w związku z wnioskami złożonymi przed dniem wejścia w życie przepisów ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. poz. 1875). Zmiana związana z wyłączeniem ww. produktów ma charakter porządkujący. Obecnie świadczenia z zakresu RDTL sprawozdawane są dedykowanymi produktami rozliczeniowymi o kodach: 5.61.01.0000002 (Produkt leczniczy w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej w aplikacji CBWiD, który dotyczy RDTL procedowanego w aplikacji Centralna Baza Wniosków i Decyzji) oraz 5.61.01.0000001 (Produkt leczniczy w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej dla PSZ do poziomu: III stopnia, ogólnopolskiego, onkologicznego, pediatrycznego, pulmonologicznego, który dotyczy RDTL procedowanego poza aplikacją CBWiD);3) w zakresie załącznika nr 3c do zarządzenia (Katalog produktów dedykowanych dla wybranych rozpoznań onkologicznych (produkty objęte współczynnikiem korygującym) zmiana w zakresie grup dedykowanym nowotworowi złośliwemu gardła i krtani; wynikająca z oczywistej omyłki technicznej w zarządzeniu127/2022/DSOZ. Skutek finansowy po stronie płatnika publicznego dla wprowadzonych zmian wynikających z obwieszczeń Prezesa AOTMiT z zakresu reumatologii wynosi 53,6 mln zł z zakresu chorób wewnętrznych wynosi 597,3 mln zł w skali roku. Skutek finansowy dla zmian w zakresie załącznika nr 1c - zmiana wyceny punktowej produktów rozliczeniowych dedykowanych gastroskopii i kolonoskopii diagnostycznej w trybie ambulatoryjnym wynosi ok. 701 tys. zł w skali roku. Prognozowany roczny skutek finansowy wynikający z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2023 r. wynosi 23,2 mln zł. Dla pozostałych wprowadzanych niniejszym zarządzeniem zmian na dzień publikacji zarządzenia 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 i 3a 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 7 dni. Okres ten		

		został skrócony z uwagi na słuszny interes stron. 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, Naczelna Rada Aptekarska) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach. W toku uzgodnień nad przedłożonym projektem zarządzenia 21 podmiotów zgłosiło 46 uwag i opinii, przy czym od właściwych w sprawie podmiotów wpłynęło 9 opinii – od konsultantów krajowych w dziedzinie reumatologii, geriatrii, chirurgii onkologicznej, kardiologii, transfuzjologii klinicznej, konsultantów wojewódzkich w dziedzinie chirurgii onkologicznej, reumatologii. Na wniosek Rady Rejestru Mechanicznego Wspomagania Krążenia, którego zasadność została potwierdzona przez konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii, wprowadzono w załącznikach nr 1c i 9 do zarządzenia rozszerzenie kodu ICD-9 procedury pozaustrojowej oksygenacji membranowej (ECMO) do dwóch pozycji: 39.651 Pozaustrojowa oksygenacja membranowa (ECMO) - w układzie żylno – żylnym, 39.652 Pozaustrojowa oksygenacja membranowa (ECMO) - w układzie żylno – tętniczym. Zmiana ta pozwoli na uszczegółowienie i poprawę raportowania stosowania ECMO w Polsce, jednocześnie umożliwiając Radzie Rejestru weryfikację liczby wykonanych procedur. Uwagi konsultantów krajowego oraz wojewódzkiego w dziedzinie reumatologii, jak również przedstawicieli Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego w zakresie wprowadzenia nowych świadczeń diagnostycznych w poradni reumatologicznej dotyczą zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna i zostały przekazane do wiadomości właściwej komórki organizacyjnej. Ponadto umożliwiono rozliczanie produktu z załącznika nr 1b 5.52.01.0001464 - Hospitalizacja związana z przetoczeniem krwi, produktów krwiopochodnych w tym immunoglobulin w zakresie alergologia/ alergologia dla dzieci, w celu umożliwienia sumowania z produktem z katalogu 1c 5.53.01.0001401 Leczenie przetoczeniami immunoglobulin w alergologii. Pozostałe uwagi wykraczały poza przedmiot konsultowanego projektu i nie zostały uwzględnione w ostatecznym kształcie zarządzenia. Jeden podmiot nie zgłosił 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.		

		Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 stycznia 2023 r.		
Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 8/2023/BBIICD PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 16 stycznia 2023 r. w sprawie finansowania działań w celu podniesienia poziomu bezpieczeństwa teleinformatycznego u świadczeniodawców	Niniejsze zarządzenie stanowi wykonanie decyzji Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2022 r. znak: DIWP.07.5.2022.KW, wydanej 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.), zmienionej decyzją Ministra Zdrowia z dnia 8 sierpnia 2022 r. znak: DIWP.07.5.2022.KW, z dnia 2 września 2022 r. znak: DIWP.07.5.2022.KW oraz z dnia 22 grudnia 2022 r. znak: DIWP.07.5.2022.KW.Wprowadzone zarządzenie:- umożliwi nowym podmiotom podjęcie i realizację działań mających na celu zwiększenie poziomu bezpieczeństwa teleinformatycznego u świadczeniodawców - na podstawie wniosku o zawarcie umowy na finansowanie złożonego w 2023 r.- przedłuża możliwość finansowania działań w celu podniesienia poziomu bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych świadczeniodawców - finansowanie obejmuje wydatki świadczeniodawców ponoszone od dnia 29 kwietnia 2022 r. do dnia 31 października 2023 r.- umożliwia świadczeniodawcom dokończenie realizacji działań rozpoczętych na podstawie umowy zawartej w 2022 r. – w oparciu o umowę aktualizacyjną (umowa dodatkowa), która zostanie zawarta na podstawie wniosku aktualizacyjnego	Wejście w życie 17 stycznia 2023 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1632/Zarzadzenie-8_2023_BBIICD
Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 13 stycznia 2023 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zagrożonych brakiem		Wejście w życie 14 stycznia 2023 r.	https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2023/6/akt.pdf

	dostępności na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej			
Zarządzenie	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 stycznia 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie nadania statutu Regionalnemu Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Rzeszowie	Dodanie Samodzielne Stanowisko Pracy Audytora Wewnętrznego	Wejście w życie 12 stycznia 2023 r.	https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2023/6/akt.pdf
Zarządzenie	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 stycznia 2023 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw wdrożenia Krajowej Sieci Onkologicznej	Do zadań Zespołu należy: 1) opracowanie modelu finansowania świadczeń opieki onkologicznej realizowanych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, w dwóch wariantach: a) I wariant – dla podmiotów, które wejdą do Krajowej Sieci Onkologicznej, zwanej dalej „KSO", do pierwszej kwalifikacji na poszczególne poziomy zabezpieczenia opieki onkologicznej w KSO, b) II wariant – dla podmiotów zakwalifikowanych na poszczególne poziomy zabezpieczenia opieki onkologicznej w KSO – do dnia 31 stycznia 2023 r.; 2) wskazanie mierników i wskaźników oceny jakości opieki onkologicznej oraz ustalenie harmonogramu ich wprowadzania do systemu informatycznego KSO – do dnia 31 stycznia 2023 r.; 3) standaryzacja danych sprawozdawczych i rozliczeniowych dotyczących opieki onkologicznej w KSO, które będą gromadzone w systemie informatycznym KSO – do dnia 31 stycznia 2023 r.; 4) przedefiniowanie oraz aktualizacja produktów rozliczeniowych dedykowanych szybkiej diagnostyce i terapii onkologicznej – do dnia 31 marca 2023 r.; 5) opracowanie zmian w obszarze reguł weryfikacji i walidacji świadczeń opieki onkologicznej – do dnia 31 marca 2023 r.; 6) określenie zasad rozliczania świadczeń opieki onkologicznej z	Wejście w życie 12 stycznia 2023 r.	https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2023/5/akt.pdf

		wykorzystaniem współczynnika korygującego za osiągnięcie określonej wartości wskaźników oceny opieki onkologicznej– do dnia 31 stycznia 2023 r.; 7) analiza założeń wdrożeniowych dotyczących systemu informatycznego KSO opracowanych przez Centrum e-Zdrowia – do dnia 28 lutego 2023 r.; 8) opracowanie harmonogramu integracji systemów rozliczeniowych Narodowego Funduszu Zdrowia z systemem informatycznym KSO – do dnia 31 maja 2023 r.; 9) opracowanie modelu przepływu informacji w ramach KSO – do dnia 31 maja 2023 r.; 10) opracowanie założeń procesu koordynacji opieki onkologicznej w KSO z uwzględnieniem zapewnienia spójności w zakresie sprawozdawczości i rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej – do dnia 30 czerwca 2023 r.; 11) opracowanie zmian w zakresie pakietu onkologicznego, w tym zasad funkcjonowania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, 2674 i 2770) – do dnia 30 czerwca 2023 r.; Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia – 2 – Poz. 5 12) wykonywanie innych zadań zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, związanych z przedmiotem działania Zespołu		
Obwieszczenie	Obwieszczenie Głównego Inspektora Farmaceutycznego z dnia 11 stycznia 2023 r. w sprawie poinformowania o możliwości zwrotu produktu leczniczego do apteki	w przypadku produktu leczniczego Allergovit (Alergoidy pyłków roślin 006 (trawy) 60%, 158 (żyto) 40%), dawki do leczenia początkowego: stężenie A – 1000 TU/ml, stężenie B – 10 000 TU/ml, numer serii: G1001660-06, data ważności: 07.2023, podmiot odpowiedzialny: Allergopharma GmbH & Co. KG, Hermann-Koerner-Str. 52 D-21465 Reinbek, Niemcy – wydanego już Pacjentom, zachodzi uzasadnione podejrzenie wystąpienia wady jakościowej polegającej na błędnym oznakowaniu fiolek. Fiolki zawierające etykietę wskazującą stężenie A – 1000 TU/ml zostały oznakowane kapslem o takim samym kolorze co fiolki zawierające etykietę wskazującą stężenie B – 10 000 TU/ml co może skutkować przyjęciem przez Pacjenta zbyt wysokiej dawki leku, czego konsekwencją może być zagrożenie życia i zdrowia Pacjenta. Główny Inspektor Farmaceutyczny informuje o możliwości zwrotu określnej powyżej serii produktu leczniczego do aptek.		https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2023/4/akt.pdf
Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Problemy praktyczne związane z bieżącym użytkowaniem umundurowania.	Wejście w życie 30 stycznia	https://dziennikustaw.gov.pl/D20

	z dnia 3 stycznia 2023 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego	Projektowane rozporządzenie zawiera rozwiązania koncepcyjnie zbliżone do przyjętych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2019 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego (Dz.U. poz. 2487), jednakże istotnie zmienia charakterystykę dotychczas stosowanego umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego naziemnych i lotniczych. Proponowane zmiany są wynikiem wieloletniej obserwacji użytkowanego umundurowania, odpowiadają aktualnemu zapotrzebowaniu oraz stanowią odpowiedź na wnioski zgłaszane przez organizacje społeczne zrzeszające personel użytkujący umundurowanie. Projekt rozporządzenia przewiduje zmianę załącznika nr 2, przede wszystkim w zakresie koloru specjalistycznego środka transportu sanitarnego. Obecnie ambulanse są koloru białego lub żółtego. Wprowadzana zmiana ogranicza kolor tych pojazdów tylko do koloru żółtego. Zmiana przepisów w tym zakresie jest podyktowana koniecznością ujednolicenia kolorystyki pojazdów wykorzystywanych w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego. Na dostosowanie wymagań w powyższym zakresie przewidziano okres przejściowy do dnia 31 grudnia 2029 r., co w pełni umożliwi dysponentom zespołów ratownictwa medycznego wymianę ambulansów w ramach kosztów eksploatacyjnych. Ponadto, doprecyzowano elementy oznakowania specjalistycznego środka transportu sanitarnego, w szczególności przez dodanie kryptonimu zespołu ratownictwa medycznego określonego w SWD PRM. Projekt rozporządzenia wprowadza zmiany w załączniku nr 3 (tabela nr 1 i nr 2) do rozporządzenia. Zmiany dotyczą głównie charakterystyki poszczególnych elementów umundurowania. Dotychczas stosowaną koszulę zastąpiono bardziej uniwersalną bluzą ze wzmocnionej tkaniny typu Rip – Stop, zrezygnowano z obowiązku wykorzystywania czapki letniej oraz wprowadzono rysunki pomocnicze obrazujące w sposób graficzny elementy umundurowania. Ponadto, w projekcie rozporządzenia wprowadzono zmiany dotyczące oznaczenia funkcji i nazwiska tożsame z oznaczeniami przyjętymi w innych służbach (Państwowa Straż Pożarna, Policja, Siły Zbrojne RP, Straż Graniczna), przez noszenie emblematów funkcji i nazwiska odpowiednio po lewej i prawej stronie. Znormalizowano również umieszczenie flagi państwowej na rękawie oraz znaku graficznego systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Zmiany nie spowodują wzrostu kosztów zakupu umundurowania dla członków zespołów	2023 r.	23000011801.pdf

		ratownictwa medycznego, ponieważ nie zmieni się liczba elementów umundurowania. Projekt rozporządzenia wprowadza także zmiany w załączniku nr 4 (tabela nr 1 i nr 2) do rozporządzenia, który dotyczy umundurowania członków lotniczych zespołów ratownictwa medycznego oraz precyzuje podstawowe wymagania, jakie ma spełniać umundurowanie. Zmiany normują kolorystykę umundurowania określoną barwą czerwoną z elementami wstawek w kolorze czarnym. Projekt wprowadza również zmiany w zakresie wymagań technicznych i użytkowych w podziale na pory roku, w jakich przedmioty mają być użytkowane (lato, zima lub cały rok). Umundurowanie członków zespołów ratownictwa medycznego, zakupione lub wydane przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, niespełniające wymagań określonych w załączniku nr 3 i 4 do rozporządzenia, może być używane do wyczerpania zapasów magazynowych lub jego zużycia, jednak nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2026 r.		
Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2023 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”	ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” (Dz. U. poz. 1081)		https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000011601.pdf
Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Lekarskiego Egzaminu	ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2021 r. w sprawie Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego (Dz. U. poz. 828), z uwzględnieniem zmiany wprowadzonej rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 stycznia 2022 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego (Dz. U. poz. 220)		https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000010501.pdf

	Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego			
Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej	ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2021 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej (Dz. U. poz. 880).		https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000008301.pdf
Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 stycznia 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego	Opracowanie przedmiotowego projektu rozporządzenia zostało podyktowane potrzebą: 1) rozszerzenia kryterium kwalifikacji do świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia szpitalnego jakim jest terapia protonowa nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku; dzięki temu zwiększy się dostępność do przedmiotowego świadczenia dla szerszej grupy świadczeniobiorców; 2) dokonania aktualizacji odwołań zawartych w załącznikach nr 3 i 4 do rozporządzenia w związku ze zmianami w przepisach, do których stosowano te odwołania, na co zwróciło uwagę Rządowe Centrum Legislacji w związku z procedowaniem projektu obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie ogłoszenia tekstu jednolitego zmienianego rozporządzenia. W celu rozwiązania problemu związanego z dostępnością dla szerszej grupy świadczeniobiorców rekomenduje się rozszerzenie kryterium kwalifikacji do terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku o poniższe wskazania: 1) czaszkogardlaki dzieci i dorosłych – stan po niedoszczętnym leczeniu operacyjnym lub brak możliwości leczenia operacyjnego guza	Wejście w życie 25 stycznia 2023 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000008001.pdf

		pierwotnego lub wznowy (ICD-10: C75.2); 2) mięsaki oczodołu dzieci i dorosłych – stan po niedoszczętnym leczeniu operacyjnym lub brak możliwości leczenia operacyjnego guza pierwotnego lub wznowy (ICD-10: C69.6); 3) chłoniaki oczodołu dzieci i dorosłych wymagające konsolidacyjnej radioterapii w przebiegu leczenia onkologicznego (ICD-10: C69.6); 4) oponiaki mózgu i rdzenia kręgowego dzieci, stopień WHO I i II – stan po niedoszczętnym leczeniu operacyjnym lub brak możliwości leczenia operacyjnego guza pierwotnego lub wznowy (ICD-10: C70.0; C70.1; C70.9); 5) gruczolaki przysadki mózgowej dzieci i dorosłych – stan po niedoszczętnym leczeniu operacyjnym lub brak możliwości leczenia operacyjnego guza pierwotnego lub wznowy (ICD-10: C75.1); 6) nowotwory przewodu słuchowego zewnętrznego i ucha środkowego dzieci i dorosłych – stan po niedoszczętnym leczeniu operacyjnym lub brak możliwości leczenia operacyjnego guza pierwotnego lub wznowy (ICD-10: C30.1; C43.2); 7) chłoniak Hodgkina lub chłoniaki nieziarnicze dzieci i dorosłych do 40. roku życia wymagające napromieniania śródpiersia (ICD-10: C30-C39); 8) nowotwory złośliwe dzieci i wieku dorosłego do 40. roku życia, o różnej histopatologii, wywodzące się z jamy nosowej, zatok przynosowych lub gardła, naciekające naturalne otwory i/lub kości podstawy czaszki – rozpoznanie na podstawie badania MR głowy i szyi (ICD-10: C06.8, C06.9, C07, C08, C09, C10, C11, C14, C30, C31, C39.0, C72, C49.0, C41.0). Poszerzenie kryterium kwalifikacji do terapii protonowej wpłynie na poprawę jakości życia świadczeniobiorców z ww. jednostkami chorobowymi, jak również przyczyni się do rozwoju stosowania radioterapii protonowej zgodnie z potrzebami zdrowotnymi, oraz dowodami naukowymi w zakresie efektywności terapii protonowej. Aktualizacja odwołań do przepisów obowiązujących jest konieczna dla czytelności zmienianego rozporządzenia.		
Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia	ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2007 r. w sprawie składu oraz oznakowania suplementów diety (Dz. U. z 2018 r. poz. 1951), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 2021 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie składu oraz oznakowania suplementów diety (Dz. U. poz. 2236).		https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000007901.pdf

	Ministra Zdrowia w sprawie składu oraz oznakowania suplementów diety			
Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030	Mając na uwadze wzrost znaczenia zdrowia psychicznego ze względu na zwiększenie poziomu społecznych zagrożeń dla zdrowia psychicznego, takich jak skutki pandemii COVID-19, zmiany w trybie życia, rozluźnienie więzi społecznych, doświadczanie wydarzeń powodujących traumę niezbędna stała się kontynuacja strategii na rzecz rozwoju systemu ochrony zdrowia psychicznego w Rzeczypospolitej Polskiej. Najskuteczniejszą metodą realizacji przedmiotowego celu dającą możliwość wielopłaszczyznowego podejścia do problemu była realizacja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022. Konieczność podjęcia pilnych prac nad projektem kolejnej edycji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, zwanego dalej „Programem", wynika m.in. z końcem okresu na jaki został uchwalony dotychczas obowiązujący Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Ponadto zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia blisko miliard ludzi na świecie doświadcza zaburzeń psychicznych. Średnio co 40 sekund jedna osoba na świecie traci życie w wyniku zamachu samobójczego. Od lat eksperci wskazują na wyzwanie dla zdrowia publicznego jakim jest ochrona zdrowia psychicznego. Problem zaburzeń i chorób psychicznych stał się szczególnie istotny w ostatnich latach. Do wzrostu rozpowszechnienia problemów psychicznych przyczyniła się epidemia COVID-19 oraz konieczność czasowego wprowadzenia ograniczeń z nią związanych. Obecnie kolejnym wyzwaniem są negatywne konsekwencje dla zdrowia psychicznego konfliktu zbrojnego toczącego się w Ukrainie oraz konieczność zapewnienia właściwego wsparcia dla osób dotkniętych tym konfliktem. Statystycznie w Rzeczypospolitej Polskiej co czwarta osoba miała lub będzie mieć problemy ze zdrowiem psychicznym. Niezwykle istotne jest prowadzenie działań przeciwdziałających niekorzystnej sytuacji epidemiologicznej, polegającej na wysokim obciążeniu populacji skutkami zdrowotnymi, społecznymi i ekonomicznymi wywołanymi przez zaburzenia psychiczne, wśród których wyróżniamy: zaburzenia afektywne, psychotyczne, niepsychotyczne, zaburzenia związane z używaniem alkoholu i substancji psychoaktywnych. Zapewnienie obywatelom dostępu do środowiskowych form psychiatrycznej opieki zdrowotnej może	Konsultacje publiczne	https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//3/12368306/12944032/12944033/dokument600147.pdf

		przyczynić się do poprawy ogólnego stanu zdrowia populacji dotkniętej zaburzeniami psychicznymi oraz zwiększyć skuteczność leczenia. Kontynuacja realizacji zadań wdrażanych dotychczas w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 gwarantowala podejście do systemu ochrony zdrowia psychicznego w sposób kompleksowy angażując wszystkie kluczowe podmioty właściwe dla skutecznego wdrażania strategii. Program zawiera strategiczne działania niezbędne do realizacji, w ramach systemu ochrony zdrowia psychicznego i wspierania osób z zaburzeniami psychicznymi. Projektowane rozporządzenie określa katalog działań podejmowanych przez administrację publiczną mającą na celu przede wszystkim zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi zintegrowanej, kompleksowej, wielostronnej wszechstronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym oraz kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, w szczególności zrozumienia, akceptacji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji. Program zakłada: 1) w zakresie zapewniania osobom z zaburzeniami psychicznymi wszechstronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb: a) upowszechnienie zintegrowanego i kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego w oparciu o model opieki środowiskowej, b) upowszechnienie nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży opartego o trzy poziomy referencyjne, c) upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego, d) aktywizację zawodową osób z zaburzeniami psychicznymi, e) skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy, f) udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego uczniom, rodzicom i nauczycielom; 2) w zakresie prowadzenia działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi: a) prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących przedstawiania wizerunku osób z zaburzeniami psychicznymi w mediach, b) prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących konieczności respektowania praw osób z zaburzeniami psychicznymi; 3) w zakresie monitorowania i oceny skuteczności działań realizowanych w ramach Programu – gromadzenie i analizowanie sprawozdań zawierających informacje dotyczące realizacji zadań wynikających z		

		Programu, przekazywanych przez podmioty wskazane w Programie. Projektowany Program na lata 2023–2030 w porównaniu z obowiązującym Programem na lata 2017–2022 zakłada: 1) rozszerzenie Programu o zadania ukierunkowane na upowszechnienia nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży opartego o trzy poziomy referencyjne, jak również wskazanie nowych zadań dotyczących zapobiegania stygmatyzacji i wykluczeniu dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi np. w jednostkach systemu oświaty; 2) aktualizację zadań, w tym np. dokonywanie aktualizacji regulacji ułatwiających objęcie kompleksową opieką osób z zaburzeniami psychicznymi; 3) usprawnienie zasad sprawozdawczości przez zmianę terminu sprawozdawania z realizacji Programu tj. za ostatnie 3 lata w porównaniu do wcześniejszego terminu corocznie przekazywanych sprawozdań za ostatnie dwa lata; 4) zobowiązanie do zawierania w sprawozdaniach informacji odnoszących się do stanu wyjściowego oraz wskaźników zawartych w załączniku do Programu.		
Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 7/2023/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 10 stycznia 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń -	Projekt zarządzenia stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), zwanej dalej "ustawą o świadczeniach". Wydanie niniejszego zarządzenia zmieniającego zarządzenie 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 brzmieniu wynikającym z załącznika do obwieszczenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką) ma na celu dostosowanie przepisów do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265).W związku z powyższym, odpowiednio w § 6 i § 9 zmienianego zarządzenia dodano przepis ust. 3. Charakter świadczeń domowych i ambulatoryjnych oraz warunki ich realizacji zdefiniowane są	Wejście w życie 1 kwietnia 2023 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1628/Zarzadzenie-7_2023_DSOZ

	leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką	bowiem odrębnie w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Co do zasady świadczenia w warunkach domowych mogą być rozliczane w zakresie fizjoterapia domowa oraz w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna. Uszczegółowienie wymogu spełnienia warunków realizacji świadczeń domowych określonych w ww. rozporządzeniu oraz określenie odrębnego personelu udzielającego tych świadczeń wynika rozporządzenia. 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 września2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 787, z późn. zm.), został przedstawiony do konsultacji zewnętrznych w dniu 5 grudnia 2022 r. na okres 14 dni właściwym w sprawie podmiotom, tj.: 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 wpłynęły 22 opinie, w ramach których zgłoszono 53 uwagi. Na podstawie przeprowadzonej analizy zgłoszonych uwag dokonano zmiany w zarządzeniu, w szczególności:- doprecyzowano brzmienie dodawanego § 6 ust. 3 oraz § 9 ust. 3,- uwzględniono uwagi dotyczące dodania w załączniku 1n produktów rozliczeniowych do rozliczenia porad lekarskich domowych w ramach zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej,- uwzględniono również proponowany przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów termin wejścia w życie przepisów (tzw. vacatio legis), umożliwiając świadczeniodawcom dostosowanie działalności do warunków określonych zmienionymi przepisami. Dlatego też, zgodnie z § 2, przepisy zarządzenia wejdą w życie z dniem 1 kwietnia 2023 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.		
Zarządzenie	Projekt zarządzenia - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 2561 z późn.zm.). Na podstawie nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12	Uwagi do 17 stycznia 2023 r.	https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/projekty-zarzadzen/projekt-zarzadzenia-ambulatoryjna-opieka-specjalistyczna,6821.html

		grudnia 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2022 poz. 2678), ogłoszonego w Dzienniku Ustaw 20 grudnia 2022 r. z 14 dniowym terminem wejścia w życie, wprowadzono możliwość wykonania badań: • tomografii komputerowej, • rezonansu magnetycznego oraz • procedury 60.113 - przezskórnej biopsji gruczołu krokowego (nakłucie przez krocze) w znieczuleniu dożylnym w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna W związku z powyższym dokonano następujących modyfikacji treści zarządzenia Prezesa NFZ: 1. W Katalogu Ambulatoryjnych Grup Świadczeń Specjalistycznych (zał.nr 5a) w części dotyczącej skaz krwotocznych, przy produkcie „5.37.00.0000007- SKOZR Skazy krwotoczne – rozszerzona ocena stanu zdrowia", dodano zapis umożliwiający dosumowanie do ww. produktu procedury znieczulenia całkowitego dożylnego i kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego, wskazanych w zał. nr 5b - Katalogu Specjalistycznych Świadczeń Odrębnych, 2. W Katalogu Specjalistycznych Świadczeń Odrębnych (zał. nr 5b), na podstawie wytycznych AOTMiT, podzielono znieczulenie całkowite dożylne na dwie kategorie: a. „znieczulenie całkowite dożylne - kategoria 1" – 172 pkt – dedykowane realizacji badań endoskopowych przewodu pokarmowego gastroskopii i kolonoskopii, badań tomografii komputerowej (TK) oraz 60.113 - przezskórnej biopsji gruczołu krokowego (nakłucie przez krocze), b. „znieczulenie całkowite dożylne - kategoria 2" – 270 pkt – dedykowane realizacji badań rezonansu magnetycznego (RM). Dodatkowo, w załączniku nr 5b w „Uwagach" dodano zapisy doprecyzowujące możliwość dosumowania znieczulenia oraz kwalifikacji do znieczulenia: a. w przypadku realizacji badań tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (RM) w ramach: i. zakresów świadczeń: badania tomografii komputerowej (TK) oraz badania rezonansu magnetycznego (RM), ii. odpowiednich pakietów diagnostyki wstępnej albo pogłębionej, iii. 5.05.00.0000079 - kwalifikacji do przeszczepienia nerki – badania wstępne,		

		iv. 5.37.00.0000007 - SKOZR Skazy krwotoczne – rozszerzonej ocenie stanu zdrowia. b. w przypadku procedury 60.113 - przezskórnej biopsji gruczołu krokowego (nakłucie przez krocze) w ramach: i. grupy zabiegowej Z23, ii. odpowiedniego pakietu diagnostyki wstępnej albo pogłębionej: nowotwory gruczołu krokowego. Szacowane skutki finansowe modyfikacji wdrożonych w niniejszym zarządzeniu nie są możliwe do oszacowania. Przepisy zarządzenia mają zastosowanie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 4 stycznia 2023 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. Projekt przedmiotowego zarządzenia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 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. 2022 r. poz. 787, 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.		
Zarządzenie	Projekt zarządzenia– leczenie szpitalne – chemioterapia	Zarządzenie stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”. 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 chemioterapia, dostosowujące do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2022 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 stycznia 2023 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 132), wydanego na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków	Uwagi do 19 stycznia 2023 r.	https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/projekty-zarzadzen/projekt-zarzadzenia-leczenie-szpitalne-chemioterapia,6820.html

		spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2555, z późn. zm.). Najważniejsze zmiany dotyczą: 1) brzmienia § 8, § 11 poprzez doprecyzowanie zapisu dotyczącego leczenia działań niepożądanych wynikających z zastosowania chemioterapii, co uniemożliwi rozliczanie przez świadczeniodawców świadczeń podstawowych, udzielanych w trybie hospitalizacji i w trybie jednodniowym na rzecz pacjentów, którzy nie mieli podanych leków z katalogu leków refundowanych stosowanych w chemioterapii lub substancji czynnych z katalogu refundowanych substancji czynnych w połączeniu z działaniami niepożądanymi. 2) brzmienia § 14 , jako zmiana porządkująca wynikająca z połączenia programów lekowych: B.12. „Leczenie chorych na chłoniaki złośliwe (ICD-10 C82.0; C82.1; C82.7)" oraz B.93. „Leczenie chorych na chłoniaki rozlane z dużych komórek B oraz inne chłoniaki B-komórkowe (ICD-10: C83, C85)" - w program lekowy B.12 „Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe (ICD-10: C82, C83, C85)"; 3) załącznika nr 1n - katalog leków refundowanych stosowanych w chemioterapii i polegają na: a) dodaniu kodów GTIN dla substancji czynnej: - 5.08.10.0000021 Epirubicini hydrochloridum - 5.08.10.0000076 Acidum zoledronicum - 5.08.10.0000048 Ondansetronum b) wykreśleniu kodów GTIN dla substancji czynnej: - 5.08.10.0000085 Bortezomibum c) dodaniu substancji czynnej i kodu GTIN dla: - 5.08.10.0000097 Lenalidomidum - 5.08.10.0000098 Ropeginterferonum alfa-2b - zgodnie ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym; d) dodaniu substancji czynnej 5.08.10.0000097 Lenalidomidum, do wykazu substancji czynnych, których średni koszt rozliczenia podlega monitorowaniu zgodnie z § 30 zarządzenia, w związku z dodaniem do refundacji odpowiednika leku. 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: a) wykreśleniu świadczenia o kodzie: - 5.08.05.0000200 voriconazolum - p.o.-100 mg - 5.08.05.0000201 ondansetronum - inj.-1 mg		

		- 5.08.05.0000213 arsenii trioxidum- inj.-1 mg - 5.08.05.0000215 calcii folinas - inj.- 100 mg b) dodaniu świadczenia o kodzie: - 5.08.05.0000218 octreotidum- inj. -20 mg - w związku ze stanowiskiem Ministra Zdrowia przedstawionym w piśmie znak: PLR.4504.1318.2022.KWA z dnia 22 grudnia 2022 r. Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący. 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 rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2023 r., z wyjątkiem lp. 4 części B załącznika, o którym mowa w § 1 pkt 6, którą stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 16 grudnia 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. 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	Projekt zarządzenia – leczenie szpitalne – 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 2022 r. poz. 2561 i 2674) zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, na mocy którego Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zobowiązany jest do określenia przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe. Mając na uwadze liczne zmiany dotychczas obowiązującego zarządzenia Nr 16/2022/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 lutego	Uwagi do 18 stycznia 2023 r.	https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/projekty-zarzadzen/projekt-zarzadzenia-leczenie-szpitalne-programy-lekowe,6819.html

		2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe, związane z dostosowaniem przepisów do obwieszczeń Ministra Zdrowia (wydawanych na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego wyrobów medycznych – Dz. U. z 2022 r. poz. 2555, 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 22 grudnia 2022 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 stycznia 2023 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 132). Najważniejsze zmiany dotyczą: 1) w § 27 ust 2 pkt 2 dodano możliwość rozliczania substancji czynnych z katalogu leków, określonego w załączniku 1m do zarządzenia oraz substancji czynnych z katalogu refundowanych substancji czynnych, określonego w załączniku 2t do zarządzenia, łącznie z substancjami zawartymi w katalogu refundowanych substancji czynnych, określonym w załączniku nr 1t do zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia; 2) załącznika nr 1k do zarządzenia, określającego Katalog świadczeń i zakresów i polegają na: a) zmianie nazw zakresów: - 03.0000.306.02 na „Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej", - 03.0000.312.02 na „Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe", - 03.0000.366.02 na „Leczenie chorych na chłoniaki T-komórkowe", - 03.0000.377.02 na „Leczenie chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina", - 03.0000.379.02 na „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową", b) dodaniu zakresu 03.0000.442.02 „Leczenie dorosłych pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji", c) usunięciu zakresów: - 03.0000.384.02 „Lenalidomid w leczeniu pacjentów z anemią zależną od		

		przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q”, - 03.0000.392.02 „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową ibrutynibem”, - 03.0000.393.02 „Leczenie chorych na chłoniaki rozlane z dużych komórek B oraz inne chłoniaki B-komórkowe”, - 03.0000.400.02 „Leczenie chorych na oporną i nawrotową postać klasycznego chłoniaka Hodgkina z zastosowaniem niwolumabu”, - 03.0000.403.02 „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem”, d) umożliwieniu rozliczania świadczeń o kodzie 5.08.07.0000002 hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci w ramach zakresu świadczeń 03.0000.366.02 „Leczenie chorych na chłoniaki T-komórkowe”, - 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: - 5.08.08.0000195 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na szpiczaka plazmocytowego – 2 i kolejny rok terapii”, - 5.08.08.0000196 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL)”, - 5.08.08.0000197 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina niwolumabem – 2 i kolejny rok terapii”, - 5.08.08.0000198 „Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji – 1 rok terapii”, - 5.08.08.0000199 „Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji – 2 i kolejny rok terapii”, b) zmianie nazwy świadczeń o kodach: - 5.08.08.0000011 na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej”, - 5.08.08.0000061 na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na szpiczaka plazmocytowego – 1 rok terapii”, - 5.08.08.0000074 na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na pierwotnie skórne chłoniaki T-komórkowe”,		

		- 5.08.08.0000085 na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina brentuksymabem”, - 5.08.08.0000102 na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe (piksanstron, polatuzumab)”, - 5.08.08.0000110 na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina niwolumabem – 1 rok terapii”, - 5.08.08.0000115 na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe (obinutuzumab) – 1 rok terapii”, - 5.08.08.0000116 na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe (obinutuzumab) – 2 i kolejny rok terapii”, - 5.08.08.0000127 na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową – 1 rok terapii”, - 5.08.08.0000128 na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową (wenetoklaks, wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem, ibrutynib, akalabrutynib) – 2 i kolejny rok terapii”, - 5.08.08.0000174 na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki z dużych komórek B aksykabtagenem cyloleucelu albo tisagenlecleucelem – monitorowanie terapii”, c) usunięciu kodów świadczeń: - 5.08.08.0000087 „Diagnostyka w programie leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej obinutuzumabem”, - 5.08.08.0000093 „Diagnostyka w programie lenalidomid w leczeniu pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q”, - 5.08.08.0000101 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową ibrutynibem”, d) zmianie wartości punktowej świadczeń o kodach: - 5.08.08.0000061 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na szpiczaka plazmocytowego – 1 rok terapii” z 3 350,00 na 2 590,00, - 5.08.08.0000074 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na pierwotnie skórne chłoniaki T-komórkowe” z 2 943,00 na 1 674,80, - 5.08.08.0000085 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina brentuksymabem” z 3 861,00 na 4 478,85, - 5.08.08.0000110 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina niwolumabem – 1 rok terapii” z 3 302,67 na 3 705,85,		

		- 5.08.08.0000115 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe (obinutuzumab) – 1 rok terapii” z 3 990,00 na 2 997,63, - 5.08.08.0000116 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe (obinutuzumab) – 2 i kolejny rok terapii” z 873,00 na 1 112,64, - 5.08.08.0000127 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową – 1 rok terapii” z 3 242,00 na 4 016,40, - 5.08.08.0000128 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową (wenetoklaks, wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem, ibrutynib, akalabrutynib) – 2 i kolejny rok terapii” z 1 090,00 na 3 407,40, - 5.08.08.0000183 „Diagnostyka i monitorowanie pacjenta po transplantacji nerki w programie odczulania wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki” z 25 000,00 na 50 000,00, - 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: - 5.08.09.0000005 Betainum anhydricum, - 5.08.09.0000013 Dasatynibum, - 5.08.09.0000058 Sunitinibum, - 5.08.09.0000083 Abirateronum, - 5.08.09.0000119 Pirfenidonum, - 5.08.09.0000129 Ibrutinibum, - 5.08.09.0000156 Atezolizumabum, - 5.08.09.0000189 Risankizumabum, b) dodaniu substancji czynnych i kodów GTIN: - 5.08.09.0000255 Acalabrutinibum, - 5.08.09.0000256 Avatrombopag, - 5.08.09.0000257 Elotuzumabum, - 5.08.09.0000258 Entrectinibum, - 5.08.09.0000259 Luspaterceptum, - 5.08.09.0000260 Vedolizumabum, - 5.08.09.0000261 Daratumumabum, c) wykreśleniu kodów GTIN dla substancji czynnych: - 5.08.09.0000005 Betainum anhydricum,		

		- 5.08.09.0000041 Lamivudinum, d) usunięciu substancji czynnej i kodów GTIN: 5.08.09.0000081 Lenalidomidum, - w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym, e) oznaczeniu substancji czynnych o kodach: - 5.08.09.0000207 Tisagenlecleucelum, -5.08.09.0000223 Ivacaftorum + Tezacaftorum, - 5.08.09.0000224 Ivacaftorum + Tezacaftorum + Elexacaftorum, - 5.08.09.0000226 Axicabtagene ciloleucel, - jako technologii lekowych o wysokiej wartości klinicznej, w związku z ustawą z dnia 1 grudnia 2022 r. o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2022 r. poz. 2674) oraz zgodnie z pismem Ministra Zdrowia znak: PLR.4504.1374.2022.1.KWA z dnia 28 grudnia 2022 r., f) wykreśleniu oznaczenia substancji czynnej 5.08.09.0000041 Lamivudinum jako substancji, której średni koszt rozliczenia podlega monitorowaniu zgodnie z § 31 zarządzenia, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym, g) wprowadzeniu zmian porządkujących w związku ze zgłaszanymi uwagami: - przeniesienie kodu GTIN: 05909997077512 Stelara, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 90 mg z produktu rozliczeniowego o kodzie 5.08.09.0000169 Ustekinumabum do produktu rozliczeniowego o kodzie 5.08.09.0000073, - wyodrębnienie kodu GTIN: 07038319122857 Entyvio, roztwór do wstrzykiwań, 108 mg/0,68 ml z produktu rozliczeniowego o kodzie 5.08.09.0000147 Vedolizumabum do nowego produktu rozliczeniowego o kodzie 5.08.09.0000260, - wyodrębnienie kodu GTIN: 05413868119596 Darzalex, roztwór do wstrzykiwań, 1800 mg (120 mg/ml) z produktu rozliczeniowego o kodzie 5.08.09.0000161 Daratumumabum do nowego produktu rozliczeniowego o kodzie 5.08.09.0000261, - zmiana określenia drogi podania dla produktu rozliczeniowego o kodzie 5.08.09.0000073 Ustekinumabum na „s.c.”; 5) załącznika nr 3 do zarządzenia, określającego Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu programów lekowych i polegają na: a) zmianie nazw zakresów: 03.0000.306.02, 03.0000.312.02,		

		03.0000.366.02, 03.0000.377.02, 03.0000.379.02 analogicznie, jak wymieniono w pkt 2a uzasadnienia, b) dodaniu wymagań dla programu lekowego: B.142 „Leczenie dorosłych pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji”, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym, c) usunięciu wymagań dla programów lekowych: - B.84 „Lenalidomid w leczeniu pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q”, - B.92 „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową ibrutynibem”, - B.93 „Leczenie chorych na chłoniaki rozlane z dużych komórek B oraz inne chłoniaki B-komórkowe”, - B.100 „Leczenie chorych na oporną i nawrotową postać klasycznego chłoniaka Hodgkina - zastosowaniem niwolumabu”, - B.103 „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem”, d) zmianie wymagań dla programów: - B.12 „Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe” w części: „organizacja udzielania świadczeń”, „lekarze”, „pielęgniarki” oraz „zapewnienie realizacji badań”, - B.66 „Leczenie chorych na chłoniaki T-komórkowe” w części: „organizacja udzielania świadczeń”, „lekarze” oraz „zapewnienie realizacji badań”, - B.77 „Leczenie chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina” w części „organizacja udzielania świadczeń”, - B.79 „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową” w części: „organizacja udzielania świadczeń”, „pielęgniarki” oraz „zapewnienie realizacji badań”, - B.139 „Leczenie pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi układu pokarmowego z zastosowaniem radiofarmaceutyków” w części: „zapewnienie realizacji badań”, - w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym; 6) załącznika nr 4 do zarządzenia, określającego Wykaz programów lekowych i polegają na:		

		a) zmianie nazw zakresów: 03.0000.306.02, 03.0000.312.02, 03.0000.366.02, 03.0000.377.02, 03.0000.379.02 analogicznie, jak wymieniono w pkt 2a uzasadnienia, b) dodaniu substancji czynnych: - entrektynib, cemiplimab, ipilimumab w programie lekowym B.6 „Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej”, - aksykabtagen cyloleucelu, piksantron, polatuzumab wedotyny, tisagenlecleucel w programie lekowym B.12 „Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe”, - elotuzumab w programie lekowym B.54 „Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytowego”, - niwolumab w programie lekowym B.77 „Leczenie chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina”, - akalabrutynib, ibrutynib, wenetoklaks w programie lekowym B.79 „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową”, - awatrombopag w programie lekowym B.97 „Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną”, - luspatercept w programie lekowym B.142 „Leczenie dorosłych pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji”, c) usunięciu substancji czynnej lenalidomid w programie lekowym B.54 „Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytowego”, d) dodaniu programu lekowego B.142 „Leczenie dorosłych pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji”, e) usunięciu programów lekowych: - B.84 „Lenalidomid w leczeniu pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q”, - B.92 „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową ibrutynibem”, - B.93 „Leczenie chorych na chłoniaki rozlane z dużych komórek B oraz inne chłoniaki B-komórkowe”, - B.100 „Leczenie chorych na oporną i nawrotową postać klasycznego chłoniaka Hodgkina z zastosowaniem niwolumabu”, - B.103 „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem”, - 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: a) 5.08.09.0000008 bosentanum z 0,0637 na 0,0523, b) 5.08.09.0000065 trastuzumabum (postać dożylna) z 1,7411 na 1,4234, po analizie średnich cen leków w miesiącu październiku 2022 roku, mających obowiązywać od dnia 1 lutego 2023 r. Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący. Brzmienie § 35 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 stycznia 2023 r., z wyjątkiem załącznika nr 5, określającego Katalog współczynników korygujących stosowanych w programach lekowych, w zakresie lp. 1 i 14 kolumny 5, które stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 lutego 2023 r. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania. 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. 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.		
Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2023 r. zmieniające rozporządzenie w	Projektowane rozporządzenie zmienia rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 2067 oraz z 2020 r. poz. 2131) wydane na podstawie art.	Wejście w życie 24 stycznia 2023 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000007301.pdf

	sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy	229 § 8 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy. Wprowadzenie zmian wynika m.in. z faktu, że część instytucji, o których w nim mowa już nie istnieje, a tym samym przepisy rozporządzenia są już w tym zakresie nieaktualne. Konieczna zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy odnosi się do: 1) § 1 ust. 1 pkt 4 lit. g rozporządzenia do grup inwalidów, podczas gdy od dnia 1 stycznia 2004 r. funkcjonuje pojęcie uznanego za niezdolnego do pracy w rozumieniu przepisów emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, na mocy art. 1 pkt 59 ustawy z dnia 14 listopada 2003 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2081), która nadała nowe brzmienie art. 231 Kodeksu pracy; 2) § 3 ust. 4 pkt 2 rozporządzenia skorygowane błędne odesłanie do lit. b–d, ponieważ lit. c została uchylona z dniem 1 kwietnia 2015 r. na podstawie § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. poz. 457); 3) § 7 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia wynika z konieczności wprowadzenia aktualnej terminologii wynikającej, w szczególności, z przepisów wydanych na podstawie art. 27 ust. 2 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. 2022 r. poz. 437); 4) § 7 ust. 3, a także w załączniku nr 4 w pkt 4 (w objaśnieniu do lit. J) rozporządzenia do jednostek badawczo-rozwojowych, podczas gdy obecnie – od dnia 1 października 2010 r. – funkcjonują jako instytuty badawcze na mocy art. 49 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. – Przepisy wprowadzające ustawy reformujące system nauki (Dz. U. poz. 620, z późn. zm.); 5) § 11 ust. 1 rozporządzenia, w którym odwołuje się do trybu i wzoru wydawania zaświadczenia lekarskiego do nieobowiązującego już – od dnia 1 stycznia 2016 r. – rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu		

		Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 229). Rozporządzenie ww. utraciło moc na podstawie art. 1 pkt 21 lit. c ustawy z dnia 15 maja 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1066, z późn. zm.). Ponadto przepis § 11 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. pozostaje trwale niestosowalny z uwagi na fakt, iż przepis art. 59 ust. 14 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2021 r. poz. 1133, z późn. zm.), zawierający upoważnienie do wydania powyższego rozporządzenia został uchylony z dniem 1 stycznia 2016 r.; 6) załącznika nr 3a do rozporządzenia ustalającym wzór skierowania na badania lekarskie w objaśnieniach w pkt 1 lit. e, wskazane zostały przepisy wydane na podstawie art. 25 pkt 1 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (Dz. U. z 2021 r. poz. 1941 oraz z 2022 r. poz. 974) dotyczące dawek granicznych promieniowania jonizującego. Obecnie – od dnia 23 września 2019 r. – na mocy art. 1 pkt 34 ustawy dnia 13 czerwca 2019 r. o zmianie ustawy - Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. poz. 1593, z późn. zm.), przepisy wydane na podstawie art. 25 pkt 1 ww. ustawy określają wskaźniki pozwalające na wyznaczenie dawek promieniowania jonizującego stosowane przy ocenie narażenia; 7) załącznika nr 4 w pkt 3 do rozporządzenia zastąpiono „adres ZOZ” na „adres zakładu leczniczego podmiotu leczniczego”", ponieważ obecnie w systemie prawa mowa jest mowa o zakładach leczniczych podmiotów leczniczych na podstawie art. 40 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 960), która weszła w życie z dniem 15 lipca 2016 r.		
Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu pomieszczeń	ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2002 r. w sprawie wykazu pomieszczeń wchodzących w skład powierzchni podstawowej i pomocniczej apteki (Dz. U. poz. 1338), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2021 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie wykazu pomieszczeń wchodzących w skład powierzchni podstawowej i pomocniczej apteki (Dz. U. z 2022 r. poz. 23).		https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000006901.pdf

	wchodzących w skład powierzchni podstawowej i pomocniczej apteki			
Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 3/2023/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 9 stycznia 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna	Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 79/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotne 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 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).Zmiany wprowadzone zarządzeniem wynikają: 1) z zakończenia przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) prac w zakresie wyceny nowych produktów rozliczeniowych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – porada pielęgniarki(Opracowanie nr WT.5403.15.2021) i dotyczącą finansowania przez NFZ Kompleksowej Opieki Pielęgniarskiej w ramach opieki przejściowej po przebytej przez świadczeniobiorcę hospitalizacji, obejmującą :a) poradę pielęgniarską leczenia ran, b) poradę pielęgniarską stomijną, c) poradę pielęgniarską urologiczną. Wdrożenie proponowanej zmiany ma na celu zwiększenie dostępności dla pacjentów do wybranych świadczeń realizowanych przez pielęgniarki w poz, którzy po przebytej hospitalizacji wymagają wzmożonej opieki pielęgniarskiej oraz edukacji zdrowotnej w zakresie radzenia sobie z chorobą - co w efekcie powinno wpłynąć na wzrost satysfakcji pacjentów ze sprawowanej opieki oraz odnieść pozytywny wpływ na jakość życia pacjenta przewlekle chorego i jego rodziny. 2) z nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 38). W związku z powyższym, w załączniku nr 1 i załączniku nr 21 dodano nowe badanie: test antygenowy w kierunku: SARS-CoV-2 /grypy A+B/RSV. Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w części dotyczącej Kompleksowej Opieki Pielęgniarskiej został poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 7 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	Wejście w życie 10 stycznia 2023 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1624/Zarzadzenie-3_2023_DSOZ

		organizacjom świadczeniodawców ,w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Opinie dotyczące projektu zarządzenia przedstawiło ogółem 5 podmiotów. Przedstawione uwagi poddano szczegółowej analizie w wyniku, której część z nich została uwzględniona w zarządzeniu. 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. Szacuje się, że łączny roczny wydatek na świadczenia zdrowotne w poz z tytułu wprowadzonych zmian wyniesie około:1.92 621 212,08 zł – Kompleksowa Opieka Pielęgniarska (KOP) w ramach opieki przejściowej – porady pielęgniarskie,2.230 000 000 zł. - zgodnie z rekomendacją nr 4/2023 z dnia 3 stycznia 2023 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „test antygenowy w kierunku: SARS-CoV-2 / grypa A+B / RSV" jako świadczenia gwarantowanego. Zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 6 stycznia 2023 r. - w związku z wejściem w życie przepisów ww. rozporządzenia .Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu.		
Zarządzenie	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 stycznia 2023 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw poprawy jakości opieki okołoporodowej w zakresie poradnictwa laktacyjnego	Zadaniem Zespołu jest przygotowanie i przekazanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia propozycji rozwiązań systemowych w zakresie poprawy jakości poradnictwa laktacyjnego. Członkiem Zespołu jest Pani Ewa Janiuk – Wiceprezes NRPiP.	Wejście w życie 5 stycznia 2023 r. Zarządzenie traci moc 23 lipca 2023 r.	http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2023/2/akt.pdf
Zarządzenie	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie powołania Rady do spraw	Powołanie dwóch przedstawicieli Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Wejście w życie 3 stycznia 2023 r.	http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2023/1/akt.pdf

	rozwoju stomatologii			
Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2022 r. w sprawie programu pilotażowego badania stóp dzieci i młodzieży	Celem programu pilotażowego badania stóp dzieci i młodzieży jest praktyczne sprawdzenie efektywności wykrywania wad postawy u dzieci w wieku od 7. do 16. roku życia przez manualne badanie biomechaniki stóp oraz badanie podoskopowe albo manualne badanie biomechaniki stóp oraz komputerowe badanie stóp na platformie, a także przetestowanie zaplanowania i prowadzenia dalszego postępowania terapeutycznego przez fizjoterapeutę, jak również dokonanie przez niego końcowej oceny i opisu stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy po zakończeniu fizjoterapii. W tym celu przeprowadzane będzie ponownie badanie biomechaniki stóp oraz badanie podoskopowe albo manualne badanie biomechaniki stóp oraz komputerowe badanie stóp na platformie. Projekt rozporządzenia zakłada praktyczne sprawdzenie efektywności wykrywania wad postawy u dzieci w wieku od 5. do 16. roku życia przez manualne badanie biomechaniki stóp oraz badanie podoskopowe albo manualne badanie biomechaniki stóp oraz komputerowe badanie stóp na platformie, przeprowadzanych przez fizjoterapeutę. Zakłada on również przetestowanie zaplanowania przez fizjoterapeutę, a także prowadzenia i końcowej oceny dalszego postępowania terapeutycznego świadczeniobiorcy, u którego w wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono nieprawidłowości. Regulowany projektowanym rozporządzeniem program zakłada dwuletni okres jego realizacji, który w ocenie projektodawcy pozwoli na właściwą ocenę skuteczności realizowanej w jego wyniku diagnostyki w wykrywalności wad postawy u dzieci i młodzieży.	Wejście w życie 23 stycznia 2023 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000006001.pdf
Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 stycznia 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej	Zapewnienie dostępu do szybkiej diagnozy i na podstawie jej wyników ustalenie zaleceń oraz terapii dla pacjentów z zakażeniem wirusem grypy A+ B, SARS-CoV-2, RSV. W związku ze znacznym wzrostem zakażeń dróg oddechowych, Konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii i Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej zalecają, zwłaszcza u dzieci, stosowanie szybkich testów antygenowych umożliwiających różnicowanie zakażeń wywołanych wirusami grypy A+B, SARS-CoV-2 i RSV. Udostępnienie lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej możliwości wystawiania zlecenia na wnioskowane testy umożliwi określenie rodzaju infekcji, wraz z określeniem patogenu wywołującego chorobę i będzie pomocnym do ustalenia terapii oraz określenia zaleceń, a także będzie sprzyjać ograniczeniu nadmiarowego zlecania antybiotykoterapii.	Wejście w życie 6 stycznia 2023 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000003801.pdf

Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 grudnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie recept	Ustawa z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny (Dz. U. poz. 655 i 974), która weszła w życie z dniem 23 kwietnia 2022 r., uchyliła m. in. ustawę z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych (Dz. U. z 2022 r. poz. 536, z późn. zm.) i ustawę z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2021 r. poz. 372, z późn. zm.). W związku z tym, zawarte w § 12 pkt 3 i 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie recept (Dz. U. poz. 2424 oraz z 2021 r. poz. 1114) odesłania do przepisów zawartych w ww. uchylonych ustawach wymagają uaktualnienia. Sanacji wymaga również nieprawidłowe odesłanie do przepisu statuującego legitymację Honorowego Dawcy Krwi – Zasłużonego dla Zdrowia Narodu w miejsce legitymacji Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi. Zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie recept ma na celu dostosowanie przepisów w sprawie recept do przepisów ustawy z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny przez wprowadzenia odpowiednich odesłań do przepisów tej ustawy oraz wprowadzenie prawidłowego odesłania do przepisu ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1749 oraz z 2022 r. poz. 974).	Wejście w życie 3 stycznia 2023 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000001301.pdf
Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne	W dniu 1 stycznia 2023 r. weszła w życie zmiana ustawy z dnia 8 września 2023 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, wprowadzona przez art. 3 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2770), która uchyla pkt 5 w art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym dotyczący kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego. W załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 listopada 2018 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (Dz. U. poz. 2154, z późn. zm.) znajduje się odesłanie do przepisów nieobowiązującego już rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. z 2014 r. poz. 325, z późn. zm.). W projekcie dokonuje się zmiany wynikających z uchylenia art. 21 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie	Konsultacje publiczne	https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12368104/12942639/12942640/dokument599135.pdf

		Medycznym oraz zmian legislacyjnych polegających na wskazaniu w objaśnieniach do tabel zamieszczonych załączniku do nowelizowanego rozporządzenia obecnie obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. poz. 605), w miejsce uchylonego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru.		
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", została dokonana w oparciu o dotychczasowe doświadczenia dotyczące realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach pilotażu przez funkcjonujące centra zdrowia psychicznego. Ponadto kluczowym elementem zmiany jest rozszerzenie programu pilotażowego o kolejnych realizatorów. Rozporządzenie rozwiązuje problemy interpretacyjne w zakresie warunków kadrowych niezbędnych do spełniania przez centrum zdrowia psychicznego, zwane dalej „czp". Ponadto zmianie ulegają przepisy dotyczące funkcjonowania punktu zgłoszeniowo-koordynacyjnego w kontekście możliwości udzielania świadczeń osobom poniżej 18 r.ż W projekcie rozporządzenia dokonano zmiany § 9a rozporządzenia dotyczącego zapewnienia odpowiedniej liczby łóżek na oddziale dziennym, tj. 25 miejsc na 100 tys. osób, przez doprecyzowanie przepisu, zgodnie z którym, warunek § 9a rozporządzenia będzie spełniony także wówczas, gdy do liczby miejsc oddziału dziennego psychiatrycznego część VIII kodu resortowego – 2700, doliczy się miejsca oddziału dziennego psychiatrycznego rehabilitacyjnego – kod 2702. Zmiana ta ma rozwiązać problem dotyczący interpretacji przedmiotowego przepisu przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia, które nie wliczają do liczby miejsc oddziałów z kodem 2702. Zmiana zaproponowana w § 11 w ust. 12 ma na celu ułatwienie realizacji konsultacji telefonicznych dla specjalistów, o których mowa w § 11 ust. 10 pkt 1. Wprowadzono również zmiany w treści § 16 rozporządzenia, dotyczące konieczności spełniania warunków kadrowych	Konsultacje publiczne	https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12368050/12942352/12942353/dokument598820.pdf

		w kontekście osób zatrudnionych w czp w ramach poszczególnych zakresów. Zaproponowane brzmienie doprecyzowuje intencję projektodawcy, zgodnie z którą minimalne normy zatrudnienia wynikające z rozporządzenia koszykowego stosowało się wyłącznie do świadczeń stacjonarnych i izby przyjęć. Minimalne normy zatrudnienia dla świadczeń dziennych, ambulatoryjnych i środowiskowych są określone łącznie w załączniku nr 1a do rozporządzenia czp – do tych zakresów świadczeń nie stosuje się rozporządzenia koszykowego. Natomiast pozostałe minimalne normy zatrudnienia są łączne dla całego personelu czp. Dodatkowo rozszerzono program pilotażowy o kolejnych realizatorów, a także część podmiotów dotychczas realizująca program pilotażowy zwiększyła swój obszar działania. Dodatkowo zmianie ulegają przepisy dotyczące funkcjonowania punktu zgłoszeniowo koordynacyjnego. Zmiana zaproponowana w § 12 ust. 1 ma na celu zwiększenie maksymalnej liczby osób, na które powinien przypadać jeden punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny co wynika z dotychczasowych doświadczeń w ramach realizacji pilotażu. Ponadto zmiana zaproponowana w dodawanym w § 12 ust. 3a ma na celu umożliwienie udzielania przez personel czp świadczeń osobom poniżej 18 r.ż. Taka zmiana wynika z potrzeby zwiększenia dostępności do świadczeń ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży. Zmiana jest również odpowiedzią na pojawiające się sytuacje w których rodzicie dzieci zgłaszają się do czp w celu uzyskania porady co do dalszego postępowania z dzieckiem. Ponadto taki przepis ma na celu koordynację dwóch modeli opieki realizowanych przez Ministerstwo Zdrowia. W ust. 3b doprecyzowano, iż finansowanie świadczeń, o których mowa w ust 3a.		
Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu oraz sposobu przekazywania danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem	Konieczność wydania nowego rozporządzenia wynika z przepisów ustawy z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2770), zwanej dalej „ustawą zmieniającą”. Ustawa zmieniająca dodała do ustawy przepis art. 87 ust. 10h, który rozszerza zakres danych, jaki Zakład Ubezpieczeń Społecznych, zwany dalej „ZUS”, oraz Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, zwana dalej „KRUS” mają przekazywać Narodowemu Funduszowi Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”. W konsekwencji zmianie uległa też treść upoważnienia do wydania rozporządzenia określającego szczegółowy zakres danych przekazywanych przez ZUS i KRUS do Funduszu, zawarta w art. 87 ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków	Konsultacje publiczne	https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12367903/12941996/12941997/dokument598386.pdf

	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 oraz osób pobierających rentę rodzinną, które nie ukończyły 18. roku życia	publicznych. Zgodnie z art. 23 ustawy zmieniającej dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 87 ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zachowują moc nie dłużej niż przez 6 miesięcy od dnia wejścia w życie tej ustawy. Projektowane rozporządzenie zapewnia Funduszowi zestaw informacji niezbędny do potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osobom posiadającym to prawo. W porównaniu do dotychczasowych rozwiązań, przewidzianych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 czerwca 2022 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 2022 r. poz. 1221) projektowane rozporządzenie dodaje obowiązek przekazywania przez ZUS i KRUS danych osób pobierających rentę rodzinną, które nie ukończyły 18. roku życia. Uwzględnienie w zestawie danych przekazywanych przez ZUS i KRUS do Funduszu zakresu informacji o osobach pobierających rentę rodzinną, które nie ukończyły 18. roku życia, pozwoli Funduszowi 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, a tym samym zmniejszy się obciążenie Funduszu wynikające z konieczności ich weryfikacji i podejmowania postępowań wyjaśniających w przypadkach budzących wątpliwości.		
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 2022 r. poz. 2132) 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. W 2007 r. 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	Konsultacje publiczne	https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//2/12367901/12941901/12941902/dokument598091.pdf

		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 terytorium 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 2017–2020 do GIS wpłynęło 62 808, a w 2021 r. 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 pozaaptecznego. 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 Rzeczypospolitej Polskiej jest wiązany 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 uszczelnią aktualnie obowiązujące przepisy w obszarze suplementów diety. Propozycje projektowanych regulacji oparte są na opiniach Zespołu do spraw Suplementów Diety, zwanego dalej „Zespołem" działającego w ramach Rady Sanitarno-Epidemiologiczna jako organ opiniodawczo-doradczy GIS. W skład Zespołu wchodzą pracownicy naukowi mający kompetencje i wieloletnie doświadczenie w dziedzinie bezpieczeństwa żywności, żywienia, farmacji i medycyny. Członkowie Zespołu posiadają wiedzę ekspercką w zakresie dostępnych danych naukowych, w tym publikacji krajowych i międzynarodowych, dzięki czemu służą wsparciem merytorycznym podczas współpracy z komórkami organizacyjnymi		

		Głównego Inspektoratu Sanitarnego. Eksperci dokonują oceny na podstawie danych naukowych, w tym opinii Europejskiego Urzędu ds. Bezpieczeństwa Żywności, doświadczeń innych krajów, a także dokumentów organów Unii Europejskiej. Podejmowane przez Zespół uchwały stanowią ocenę ryzyka odnośnie maksymalnych poziomów witamin i składników mineralnych oraz innych substancji o działaniu odżywczym lub innym fizjologicznym. Stanowią one źródło wiedzy, które umieszczone jest na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego pod adresem: https://www.gov.pl/web/gis/zespol-do-spraw-suplementow-diety/, oraz stanowi ogólnodostępne wytyczne i informacje, nie tylko dla przedsiębiorców, ale również dla konsumentów. Przykładowo w uzasadnieniu do Uchwały Nr 7/2021 Zespołu ds. Suplementów Diety z dnia 28 października 2021 r. w sprawie wyrażenia opinii dotyczącej maksymalnej dawki selenu w zalecanej dziennej porcji w suplementach diety „Wysokie dawki selenu mogą być toksyczne. Ostre i śmiertelne przypadki toksyczności wystąpiły po przypadkowym spożyciu gramowych ilości selenu. Chroniczna toksyczność selenu, tj. selenoza może występować przy spożywaniu mniejszych dawek selenu przez długi czas. Charakterystyczne cechy selenozy obejmują bóle głowy, wypadanie włosów, łamliwość i utrata paznokci, wysypka skórna, nieprzyjemny (czosnkowy) oddech i zapach skóry, nadmierna próchnica i przebarwienia zębów, a także drętwienie, paraliż i niedowład połowiczy (Jarosz i wsp., 2020; Institute of Medicine, 2000; EFSA, 2014). Projekt ustawy 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 ustawy 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 ustawy 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 własną albo powszechnie stosowaną wyrobu medycznego, produktu leczniczego lub wspólnego znaku graficznego lub towarowego, kształtu graficznego lub opakowania wykorzystującego podobieństwo z oznaczeniem wyrobu medycznego, produktu leczniczego). W projekcie ustawy przewiduje się odseparowanie produktów leczniczych i suplementów diety oferowanych w aptekach, punktach aptecznych czy też placówkach obrotu pozaaptecznego. W projekcie ustawy 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 podmiotach wykonujących działalność leczniczą 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 2022 r. poz. 2301), z wyjątkiem prezentowania suplementów diety w wydzielonych miejscach umieszczonych w polu widzenia kupującego, które nie mogą znajdować się w bezpośrednim sąsiedztwie punktu obsługi klienta. Prezentacja lub reklama suplementów diety prowadzona w aptekach i punktach aptecznych, sklepach zielarsko-medycznych, sklepach specjalistycznych zaopatrzenia medycznego i sklepach ogólnodostępnych		

		nie może następować w sposób mogący naruszać zakazy określone w art. 94 a ust. 1 lub 1a ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne. 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. Dodatkowo projekt ustawy wykreśla w wprowadzeniu do wyliczenia w art. 29 wyrazy „lub ma zamiar wprowadzić". Wskazane w ww. art. 29 ust. 1 rozróżnienia, w ustawie nie ma odrębnych skutków i działań dla powiadomienia o zamiarze wprowadzenia po raz pierwszy do obrotu oraz powiadomienia o wprowadzeniu po raz pierwszy do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej środka spożywczego. Sposób postępowania GIS w obu tych przypadkach określają przepisy art. 30-32 ustawy. W związku z brakiem odrębnych skutków i działań dla powiadomień o zamiarze oraz wprowadzeniu do obrotu, jak też mając na uwadze przepisy prawa unijnego, wykreślone zostały wyrazy „lub ma zamiar wprowadzić". Ponadto w art. 29 ust. 1 pkt 3 (art. 1 pkt 3 projektu ustawy) wyłącza się z powiadomienia GIS żywność wzbogacaną obligatoryjnie. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2010 r. w sprawie substancji wzbogacających dodawanych do żywności (Dz. U. poz. 1184) określa środki spożywcze, do których są obligatoryjnie dodawane witaminy i składniki mineralne. Zmiana ta będzie miała pozytywny wpływ na przedsiębiorców, gdyż będą oni zwolnieni z powiadamiania GIS o		

		wprowadzeniu po raz pierwszy do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskie żywności obligatoryjnie wzbogacanej. Projekt ustawy wprowadza również zmiany doprecyzowujące dotyczące procedury powiadamiania 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 przedłożenia opinii jednostki naukowej lub Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, zwanego dalej „Prezesem Urzędem". 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 odstraszających 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 2022 r. poz. 2000, z późn. zm.), który kompleksowo określa zasady wymierzenia i dochodzenia administracyjnych kar pieniężnych.		
Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 179/2022/DSM PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 30 grudnia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne	Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne, 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 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach". Wprowadzone niniejszym zarządzeniem zmiany wynikają z nowelizacji ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2022 r. poz. 720, z późn. zm.), dokonanej ustawą z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2022 r. poz. 2770). Na podstawie znowelizowanych przepisów, zadania zespołów ratownictwa medycznego będą finansowane na zasadach i w trybie określonych w ustawie o świadczeniach, przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W związku z powyższym, w dotychczas obowiązującym zarządzeniu zmodyfikowano brzmienie § 4 ust. 1, w zakresie określającym źródła finansowania świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne. Ponadto zmianie uległ załącznik nr 2 do zarządzenia, stanowiący wzór umowy o udzielanie niniejszych świadczeń. Przedmiotowa zmiana wzoru umowy polega na modyfikacji komparycji umowy, w części dotyczącej Stron umowy i jest podyktowana faktem, iż zgodnie z ww. ustawą, od dnia 1 stycznia 2023 r. umowy z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych będą zawierane przez Narodowy Funduszu Zdrowia. Z uwagi, iż zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem wynikają wprost z przepisów prawa, 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 2022 r. poz. 787, z późn. zm.). Zarządzenie wchodzi w życie w dniu 1 stycznia 2023 r. Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 –	Wejście w życie 1 stycznia 2023 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1615/Zarzadzenie-179_2022_DSM

		Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.		
Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 178/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 30 grudnia 2022 r. w sprawie uchylenia zarządzenia Nr 170/2022/DSOZ zmieniającego zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-1	Niniejsze zarządzenie w sprawie uchylenia zarządzenia Nr 170/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 grudnia 2022 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotne związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 stanowi konsekwencję polecenia Ministra Zdrowia (decyzja z dnia 29 grudnia 2022 r., znak: ZPS.641.265. 2022.JK. zmieniająca polecenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2022 r., znak: ZPS.641.265.2022.JK) ,skutkującego tym, iż wejście w życie zmian określonych ww. zarządzeniem stało się niecelowe .W wyniku ww. decyzji Ministra Zdrowia, zmieniono polecenie, które dotyczy przekazania podmiotom znajdującym się w wykazie podmiotów wykonujących działalność leczniczą i aptek ogólnodostępnych realizujących szczepienia przeciw COVID-19 - „Wykaz podmiotów udzielających świadczeń w związku z przeciwdziałaniem COVID-19”, środków finansowych z przeznaczeniem na finansowanie do dnia 31 marca 2023 r. szczepień ochronnych przeciw grypie wykonanych w okresie od dnia 1 września 2022 r. do dnia 31 marca 2023 r. u osób szczepionych w zakresie zalecanej profilaktyki, z wyłączeniem możliwości rozliczenia szczepień wykonanych w ramach programów polityki zdrowotnej.	Wejście w życie 31 grudnia 2022 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1614/Zarzadzenie-178_2022_DSOZ
Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 177/2022/DEF PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 30 grudnia 2022 r. w sprawie zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2023 rok	W związku z przepisami ustawy z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2770), począwszy od 1 stycznia 2023 r. zakończonezostanie finansowanie składek na ubezpieczenie zdrowotne za niektóre grup osób ubezpieczonych oraz zmianie ulegnie źródło finansowania niektórych świadczeń opieki zdrowotnej.Zgodnie z przepisami wyżej wymienionej ustawy zmiany mającewpływ na finanse Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczą:1) zmniejszenia przychodów o 5 288 478 tys. zł z tytułu braku dotacji z budżetupaństwa na realizacjęzadańzwiązanych z finansowaniem:– świadczeń wysokospecjalistycznych – 221 576 tys. zł,– „leków 75+” i „leków ciąża+” – 1 099 882 tys. zł,– składek na ubezpieczenie zdrowotne finansowanych obecnie z budżetupaństwa w ramach działu 851 – Ochrona	Wejście w życie 1 stycznia 2023 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1613/Zarzadzenie-177_2022_DEF

		zdrowia – 1 000 000 tys. zł,– zadańzespołów ratownictwa medycznego – 2 967 020 tys. zł,2) zwiększenia kosztów o 1 617 438 tys. zł,związanych z przeniesieniem do finansowania przez NFZ zadańzwiązanych z:– zakupem leków w ramach programów polityki zdrowotnej – 812 000 tys. zł,– zakupem szczepionek do szczepieńobowiązkowych w ramach Programu Szczepień Ochronnych – 405 000 tys. zł,– zwiększeniemśrodków na realizacjęzadańzespołów ratownictwa medycznego – 400 438 tys. zł.W związku z powyższym, plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2023 został dostosowany do regulacji wprowadzonych wyżejwymienionąustawą.Źródłem finansowania skutków, o których mowa wyżej jest fundusz zapasowy Narodowego Funduszu Zdrowia, o którym mowa w art. 115 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).Jest to działaniepodjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępnościświadczeń opieki zdrowotnej.		
Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 175/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 29 grudnia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze	Projekt zarządzenia stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie 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 brzmieniu wynikającym z załącznika do obwieszczenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką), wprowadza zmiany o charakterze doprecyzowującym. Wynikiem tych zmian jest głównie modyfikacja dotychczasowych przepisów tak, aby zachowana była spójność interpretacyjna z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265) oraz względem innych rozporządzeń. Zmiana brzmienia § 18 pkt 10 i 11 odnosi się do warunków rozliczania świadczeń, które realizowane są w warunkach domowych. Dotychczas przepisy odnosiły się do zakresu fizjoterapii domowej, co nie było spójne z możliwością rozliczania świadczeń domowych w ramach	Wejście w życie 30 grudnia 2022 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1609/Zarzadzenie-175_2022_DSOZ

	śpiączką	zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej. Z uwagi na występujące ograniczenia w świadczeniach gwarantowanych, które są zdefiniowane w odrębnych regulacjach prawnych postanowiono dodać w § 18 pkt 12-14, które określają stopień możliwych do wystąpienia koincydencji, o których powinien wiedzieć świadczeniodawca, zamierzający udzielać świadczeń rehabilitacji leczniczej. Modyfikacji uległ również § 20 ust. 14, który odnosił się do złożenia odrębnego wniosku o zgodę na indywidualne rozliczenie rehabilitacji dla osób powyżej 18 roku życia, ale nie dłużej niż do ukończenia 25 r.ż. - w przypadku posiadania przez te osoby orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego lub orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych. W zaktualizowanych przepisach świadczeniodawca nie będzie musiał występować z wnioskiem, a jedynie odnotować fakt posiadania dokumentu przez świadczeniobiorcę w dokumentacji medycznej. Ostatnią modyfikacją w treści zarządzenia jest zmiana brzmienia § 12 ust. 16, który pierwotnie obciążał pacjenta skutkami baraków formalnych w skierowaniu, na które pacjent nie miał wpływu. 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 września2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 787, 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 wpłynęły 22 opinie, w ramach których zgłoszono 53 uwagi. Na podstawie przeprowadzonej analizy zgłoszonych uwag dokonano zmiany w zarządzeniu, polegającej na zmodyfikowaniu brzmienia § 20 ust. 14. Do pozostałych zmian wprowadzanych przedmiotowym zarządzeniem nie było 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	ZARZĄDZENIE NR 174/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO	Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 2/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o	Wejście w życie 28 grudnia 2022 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1605/Zarzadzenie-174_2022_DSOZ

	FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 27 grudnia 2022 r .zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe	świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 i 2674).Zmiany dokonane w niniejszym zarządzeniuobejmują:1) usunięcie współczynnika o wartości 1,08, który miał zastosowanie w przypadku realizacji świadczeń w zakresie KOS-Zawał w ramach grup: E23G, E24G, E26, E29, E04, E05, E06, E32, E33, E34, E36. Współczynnik wprowadzony został zarządzeniem Nr 134/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2020 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe. Usunięcie współczynnika nastąpiło w związku z planowaną zmianą ceny jednostki rozliczeniowej z 1,34 na 1,59 od dnia 1 stycznia 2023 r. w umowach o udzielanie Kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał);2) uchylenie w § 14 ust. 2 i 4. Zmiana wynika z braku zakwalifikowania się świadczeniodawców do stosowania współczynników korygujących z ww. przepisów. Skutek finansowy po stronie płatnika publicznego dla wprowadzonych zmian w niniejszym zarządzeniu wynosi ok. 79 mln w skali roku. 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 września2015 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, Naczelna Rada Aptekarska) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach. W wyniku konsultacji 4 podmioty zgłosiły uwagi do projektu zarządzenia. Żadne z uwag nie zostały uwzględnione w ostatecznym kształcie zarządzenia. Dwa 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. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 stycznia 2023		
Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 173/2022/DSOZ PREZESA	Niniejsze zarządzenie wprowadza zmiany w zarządzeniu Nr 110/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2022 r. w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego – świadczenia kompleksowe KOSM, które mają w	Wejście w życie 24 grudnia 2022 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1601/Zarzadzenie-173_2022_DSOZ

	NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 23 grudnia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego – świadczenia kompleksowe KOSM	szczególności na celu zmianę wyceny świadczeń, która wynika z dostosowania do obowiązujących warunków rozliczania świadczeń w rehabilitacji leczniczej. W związku z powyższym, zmodyfikowano § 22 ust. 2 i 3 i § 23 ust. 6 oraz dodano załącznik nr 10a określający Katalog zabiegów fizjoterapeutycznych, w którym wskazano wartość punktową produktów rozliczeniowych w zakresie: KOSM - Fizjoterapia ambulatoryjna. Powyższe zmiany związane są z obwieszczeniem Rekomendacji Nr 65/2022 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 13 lipca 2022 r. w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej .Dodatkowo, wprowadzone zarządzeniem zmiany w zakresie załączników nr 1-3 do umowy oraz nr 10 mają charakter porządkowy. Przyjęte rozwiązania wchodzą z dniem następującym po dniu podpisania. Rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w ramach programu pilotażowego w okresie od 1 grudnia 2022 r. do dnia wejścia w życie zarządzenia będzie dokonywane w oparciu o wycenę wprowadzoną niniejszym zarządzeniem. Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości.		
Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 172/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 22 grudnia 2022 r. 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 2022 r. poz. 2561).Na mocy przywołanego przepisu 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. Zgodnie z ustawą z dnia 24 lutego 2022 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2022 r. poz. 526), która przedłużyła o kolejne 6 miesięcy - do 31 grudnia 2022 r. okres obowiązywania aktualnych wykazów świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), konieczne stało się przeprowadzanie kolejnej kwalifikacji świadczeniodawców do tego systemu na dotychczasowych warunkach określonych w ustawie o świadczeniach i rozporządzeniach wykonawczych. W Biuletynie Informacji Publicznej Oddziałów Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia30 września 2022 r. zostały opublikowane nowe wykazy świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia	Wejście w życie 23 grudnia 2022 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1600/Zarzadzenie-172_2022_DSOZ

		świadczeń opieki zdrowotnej. Wykaz ten obowiązuje od dnia 1 stycznia 2023 r. do dnia 30 czerwca 2027 r. Znalazło się w nim 585 zakładów leczniczych. W związku z powyższym oraz z uwagi na dużą liczbę zmian wprowadzonych do zarządzenia Nr 56/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2021 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zaistniała konieczność opracowania nowego zarządzenia. W porównaniu do zarządzenia Nr 56/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2021 r., w niniejszym zarządzeniu uwzględniono wszystkie zmiany, które zostały dokonane zarządzeniami zmieniającymi .Pozostałe zmiany mają charakter porządkowy. Wprowadzenie jednolitej treści zarządzenia ułatwi jego odbiór zarówno świadczeniodawcom, jak i świadczeniobiorcom oraz usprawni działanie oddziałów Funduszu. Przepisy zarządzenia mają zastosowanie do świadczeń udzielanych od 1 stycznia 2023 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.		
Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 171/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 22 grudnia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna	Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 2561).W porównaniu do dotychczasowego stanu prawnego, w zarządzeniu wprowadzono modyfikacje w następujących obszarach: I. Badania endoskopowe przewodu pokarmowego – gastroskopia i kolonoskopia, II .Biopsja aspiracyjna szpiku kostnego, III. Cystoskopia przezcewkowa, IV. Kwalifikacja do znieczulenia. W świetle powyższego, dokonano następujących modyfikacji zarządzenia Prezesa NFZ: Ad. I Na podstawie wyceny Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w Katalogu Zakresów Ambulatoryjnych Świadczeń Diagnostycznych Kosztochłonnych (ASDK) – w załączniku nr 1b do zarządzenia, wprowadzono modyfikację wycen zgodną z poniższym:1) 5.03.00.0000022 - gastroskopia diagnostyczna (w przypadku wskazań obejmuje test ureazowy) – 185 pkt,2) 5.03.00.0000089 - gastroskopia diagnostyczna z biopsją - uwzględnia 1 badanie hist.- pat. – 231 pkt,3) 5.03.00.0000008 - gastroskopia diagnostyczna z biopsją - uwzględnia 2 lub więcej badań hist.-pat. – 294 pkt,4) 5.06.00.0000902 -	Wejście w życie 23 grudnia 2022 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1596/Zarzadzenie-171_2022_DSOZ

		kolonoskopia diagnostyczna – 325 pkt,5) 5.06.00.0000903 - kolonoskopia diagnostyczna z biopsją (z badaniem hist.-pat.) – 468 pkt. Ad. II. Na podstawie obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 30 września 2022 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej obejmujących biopsję aspiracyjną i trepanobiopsję szpiku kostnego, zaktualizowano wycenę procedury 41.311 - biopsja aspiracyjna szpiku kostnego w Katalogu Ambulatoryjnych Grup Świadczeń Specjalistycznych(załącznik nr 5a).Ad. III. Dodatkowo, w załączniku nr 5c – Katalogu Diagnostycznych Pakietów Onkologicznych zaktualizowano procedurę ICD-9: 57.32 Cystoskopia przezcewkowa oraz zastąpiono dwiema procedurami:1) 57.321 Cystoskopia przezcewkowa endoskopem sztywnym,2) 57.322 Cystoskopia przezcewkowa endoskopem giętkim- w zależności od zastosowanej metody. Rozwiązanie takie jest spójne z załącznikiem nr 7 - Charakterystyką Grup Ambulatoryjnych Świadczeń Specjalistycznych i Klasyfikacją ICD – 9 Płatnika. Ad. IV.W załączniku nr 5b - Katalogu Specjalistycznych Świadczeń Odrębnych dodano przepis wskazujący możliwość rozliczenia „konsultacji w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego”, która odbyła się co najmniej 2 dni przed datą wykonania badania. Proponowane zmiany w zakresie gastroskopii i kolonoskopii przełożą się na wzrost wydatków płatnika w wysokości ok. 55,5 mln złotych w skali roku. Przepisy zarządzenia mają zastosowanie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 stycznia 2023 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. Projekt przedmiotowego zarządzenia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 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. 2022 r. poz. 787, 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 3 podmioty wyraziły opinię, natomiast 1 z nich zgłosił uwagę do projektu		

		zarządzenia, która dotyczyła zbyt niskiej wyceny kolonoskopii z polipektomią. Zgłoszona uwaga nie została uwzględniona ponieważ wykracza poza kompetencje Narodowego Funduszu Zdrowia.		
Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 167/2022/BK PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 21 grudnia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie ustalenia zasad rachunkowości w Narodowym Funduszu Zdrowia	Aktualizacja zasad rachunkowości Narodowego Funduszu Zdrowia wynika z konieczności dostosowania przepisów do aktualnego stanu prawnego, w szczególności w związku z postanowieniami:1) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561);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. poz. 568, z późn. zm.);3) ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terenie tego państwa (Dz. U. poz. 583, z późn, zm.);4) umowy nr 9/1/2022/e-rejestracje/1374/376 na realizację zadania w ramach programu pilotażowego w zakresie elektronicznej rejestracji centralnej na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zawartej pomiędzy Ministrem Zdrowia a Narodowym Funduszem Zdrowia;5) umowy nr 5/FM/1374/2022/727 na udzielenie dotacji celowej na wsparcie działania NFZ, wskazanego w art. 28 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. poz. 1875), tj. finansowania współczynników korygujących, o których mowa w art. 28 ust. 2 tej ustawy;6) umowy nr DPL/6/1/2022/85195/1374/214 na udzielenie dotacji celowej na realizację działań NFZ w ramach programu pilotażowego przeglądów lekowych. Wskazany w § 2 termin wejścia w życie zarządzenia, z mocą wsteczną od dnia 1 stycznia 2022 r., określony został zgodnie z art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217), na podstawie którego, w celu rzetelnego i jasnego przedstawienia sytuacji jednostka może, ze skutkiem od pierwszego dnia roku obrotowego, bez względu na datę podjęcia decyzji, zmienić dotychczas stosowane rozwiązania na inne, przewidziane ustawą. Niniejsze zarządzenie stanowi realizację celu strategicznego NFZ nr 6: Optymalizacja procesów wewnętrznych.	Wejście w życie 22 grudnia 2022 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1584/Zarzadzenie-167_2022_BK
Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 166/2022/DSOZP REZESA NARODOWEGO	Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego dotyczącego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej określa warunki realizacji umów o realizację programu pilotażowego dotyczącego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10	Wejście w życie 22 grudnia 2022 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1581/Zarzadzenie-166_2022_DSOZ

	FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 21 grudnia 2022 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej	maja 2021 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej (Dz. U. poz. 880, z późn.zm.) oraz wzory umów o realizację ww. programu. Wydanie niniejszego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia związane jest z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej (Dz.U. poz. 2293). Program pilotażowy, dotychczas obowiązujący, określony w zarządzeniu wydanym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, tj. Nr 156/2021/DSOZ został rozszerzony o 6 nowych województw, tj: województwo dolnośląskie, łódzkie, małopolskie, pomorskie, śląskie i wielkopolskie. Przedłużono także realizację pilotażu na terenie województwa mazowieckiego. Ponadto, w odniesieniu do zarządzenia dotychczas obowiązującego (które zgodnie z § 12, z dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, utraciło moc):1) zmieniono nomenklaturę w przepisach w związku z zastąpieniem określenia ośrodek podstawowej opieki zdrowotnej określeniem ośrodka kierującego świadczeniobiorcę na kwalifikację do programu pilotażowego2) rozszerzono listę ośrodków kierujących świadczeniobiorcę na kwalifikację do programu pilotażowego,3) ośrodki współpracujące poziomu I, mogą udzielać świadczeń w ramach poradni hipertensjologicznej,4) zmianie uległy zasady kwalifikowania ośrodków współpracujących do poziomu II, ośrodek winien być pozytywnie zaopiniowany Funduszowi przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie kardiologii,5) sieć kardiologiczna została rozbudowana o krajowy ośrodekkoordynujący,6) w załączniku Nr 4 do zarządzenia Katalogu produktów rozliczeniowych - zakresy skojarzone wprowadzono nowy produkt rozliczeniowy o kodzie 5.51.01.0005027 Koronarografia i inne zabiegi inwazyjne. W związku z powyższym, w zarządzeniu także określono wzór i format sprawozdania, które będzie przekazywane do Funduszu przez określonych świadczeniodawców oraz katalog zakresu świadczeń które będą udzielane w ramach pilotażu kardiologicznego. Powyższe działania zostały odjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opiekidrowotnej		
Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 164/2022/DSOZ PREZESA	Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.).Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 7/2020/DSOZ	Wejście w życie 16 grudnia 2022 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1577/Zarzadzenie-164_2022_DSOZ

	NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 15 grudnia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	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, wprowadza zmiany wynikające z wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień(Dz. U. poz. 2184).W związku z wprowadzeniem 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.), zwanym dalej "rozporządzeniem Ministra Zdrowia", przepisów określających superwizora, superwizora psychoterapii aplikanta, w zakresie § 2 zarządzenia zmienianego dodaje się przepisy zawierające definicję superwizora oraz superwizora psychoterapii aplikanta. Jednocześnie w wyniku ww. zmian nadano nowe brzmienie ust. 1b i 1c w § 9 zarządzenia. Ponadto w § 18 w ust. 1:1) uchylono lit. b w pkt 4b - rozwiązanie takie umożliwi świadczeniodawcom zawarcie umowy na więcej niż jeden zakres świadczeń w zakresie zespołu – I poziom referencyjny oraz ośrodka – I poziom referencyjny, w ramach kolejnej poradni psychologicznej utworzonej pod tym samy adresem;2) uchylono pkt 15b i 15c - zmiany te mają na celu dostosowanie przepisów do rozwiązań przewidzianych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia dotyczących opisu świadczenia w zakresie programu terapeutyczno-rehabilitacyjnego dla osób z autyzmem dziecięcym3) pkt 17a - wprowadzona zmiana związana jest z rozwiązaniami przyjętymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. W wyniku ww. zmian w załączniku nr 1a do zarządzenia wprowadzono nowe produkty rozliczeniowe;4) pkt 42 - zmiana związana jest z dostosowaniem przepisów zarządzenia do nowych wymagań. Przepisy rozporządzenia wprowadziły nowe określenia czasu trwania świadczeń w zakresie opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, o których mowa w załączniku nr 8 do rozporządzenia. Dotychczas czas trwania świadczenia określony był zakresem minutowym, np. od 50 do 70 minut. Obecnie czas jest wskazany w sposób jednoznaczny, tj. 60 minut;5) pkt 48 - przedmiotowa modyfikacja związana jest ze zmianą sposobu sprawozdawania osób zobowiązanych do leczenia przez sąd karny. Do rozliczania świadczeń realizowanych w warunkach ambulatoryjnych, udzielonych świadczeniobiorcom na podstawie orzeczenia sądu o zastosowaniu środków zabezpieczających na podstawie kodeksu karnego, do załącznika nr 1 do zarządzenia		

		wprowadzono odpowiednie do udzielonych świadczeń produkty rozliczeniowe;6) pkt 4b lit.a - w związku ze zmianą godzin pracy poradni psychologicznej dla dzieci w przypadku realizacji świadczeń w zakresie zespołu środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny, zwany dalej "zespołem - I poziom referencyjny", nadaje się nowe brzmienie przepisowi;7) pkt 4b lit. c - zmiana polega na doprecyzowaniu zakresów świadczeń gwarantowanych, w ramach których świadczeniodawca jest obowiązany sprawozdawać do Narodowego Funduszu Zdrowia przeprowadzone superwizje, czyli w zakresie I i II poziomów referencyjnych, określonych w lp. 1-4 rozporządzenia Ministra Zdrowia;8) pkt 16a - dodany przepis reguluje możliwość sprawozdawania więcej niż jednego takiego samego produktu sprawozdawczego dla działań w zakresie sesji koordynacji, konsylium świadczeniobiorcy oraz superwizji, zrealizowanych temu samemu świadczeniobiorcy w tym samym dniu. W związku z powyższym, do pkt 16 wprowadzono zmianę odesłania do dodatkowej regulacji; 9) pkt 17 - wprowadzona zmiana ma na celu odstąpienie od regulowania sposobu realizacji świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży (określonych w załączniku nr 8 do rozporządzenia), udzielonych w miejscu pobytu świadczeniobiorcy lub jego środowisku, ze względu na doprecyzowanie tej kwestii w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia;10) pkt 18a - modyfikacja przepisu polega na wykreśleniu kodu rozpoznania Z76.4 - inni domownicy korzystający z opieki zdrowotnej, w celu dostosowania wymaganych rozpoznań do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia ;11) pkt 32 - w związku z nadaniem, przepisami rozporządzenia, nowego brzmienia świadczeń dla osób z autyzmem dziecięcym, tj. porady kompleksowo-konsultacyjnej dla osób z autyzmem dziecięcym oraz programu terapeutyczno-rehabilitacyjnego dla osób z autyzmem dziecięcym, niniejszym zarządzeniem wprowadzono możliwość ich rozliczania z użyciem współczynnika 1,10;12) pkt 44 - w celu wyeliminowania wątpliwości interpretacyjnych dotyczących sposobu sprawozdawania dwóch osób z personelu realizujących świadczenie, doprecyzowano przepis (pkt 44), jednoznacznie wskazując ,iż personel ten sprawozdawany jest przy pierwszym uczestniku sesji. Jednocześnie uregulowano, obowiązek sprawozdawania jako pierwszego uczestnika, świadczeniobiorcę do 21 roku życia, któremu dedykowane są świadczenia dla dzieci i młodzieży;13) pkt 47 - zmiana wprowadzona w przepisie poszerza obowiązek sprawozdawania rozpoznań w zakresie prób samobójczych,		

		także na świadczeniodawców realizujących świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, o których mowa w lp. 5 załącznika nr 8 do rozporządzenia Ministra Zdrowia;14) pkt 49-54 - dodane przepisy (pkt 49-54) regulujące sposób sprawozdawania świadczeń udzielonych na podstawie orzeczenia sądu (pkt 49), sposób dokumentowania absencji uczestników sesji psychoterapii grupowej (pkt 50), okoliczności w jakich rozliczane są produkty rozliczeniowe, w związku z wprowadzeniem przepisami rozporządzenia nowych opisów świadczeń gwarantowanych jednostkowych, tj. w ramach wizyty domowej lub środowiskowej realizację wizyty będącej elementem procesu diagnostyczno-terapeutycznego (pkt 51) oraz w ramach wizyty osoby prowadzącej terapię środowiskową realizację wizyty poprzedzającej wizytę domową lub środowiskową albo oddziaływania edukacyjno-konsultacyjne (pkt 52-53). W pkt 54 reguluje się obowiązek zapewnienia przez świadczeniodawcę osoby do prowadzenia superwizji spoza osób zatrudnionych do realizacji świadczeń gwarantowanych udzielanych bezpośrednioświadczeniobiorcy;15) pkt 55-56 - dodane przepisy regulują sposób rozliczania programu terapeutyczno-rehabilitacyjnego dla osób z autyzmem dziecięcym. Wskazano jednoznacznie, iż rozliczenie świadczeń jednostkowych udzielonych na rzecz rodzin osób z autyzmem dziecięcym jest możliwe jeżeli tego samego dnia udzielono świadczenia świadczeniobiorcy, z powodu którego zrealizowano świadczenie;16) pkt 57 - dodany przepis wprowadza obowiązek sprawozdawania, przy produktach sprawozdawczych w zakresie realizacji konsylium w ramach II poziomu referencyjnego, lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub lekarza specjalistę psychiatrii, lub lekarza w trakcie specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży, lub lekarza ze specjalizacją pierwszego stopnia z psychiatrii dzieci i młodzieży, którego udział w konsylium jest obowiązkowy. Ponadto, w wyniku wejścia w życie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia i nadaniu nowego brzmienia załącznikowi nr 8 - dostosowano załączniki nr 1 i nr 1a do zarządzenia nadając im nowe brzmienie. Zmiany w załącznikach polegają na zmianie dotychczasowych produktów rozliczeniowych oraz nadaniu nowych produktów do rozliczania świadczeń udzielanych w miejscu pobytu świadczeniobiorcy lub jego środowisku. Ponadto, w załączniku nr 1 do zarządzenia w zakresie świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych oraz świadczeń seksuologicznych i patologii współżycia, zdefiniowano dodatkowe produkty rozliczeniowe do sprawozdawania świadczeń udzielonych na podstawie orzeczenia są duo zastosowaniu		

		środków zabezpieczających realizowanych w warunkach ambulatoryjnych. Przedmiotowe kody zostały także wykazane w części normatywnej w §18 ust. 1.W związku z nałożonym na Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia obowiązkiem, wynikającym z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, polegającym na przedstawieniu, w terminie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie ww. rozporządzenia, świadczeniodawcom(udzielającym określonych świadczeń), propozycji zmian umów o udzielanie świadczeń (w zakresie określonym w załączniku nr 8 do rozporządzenia Ministra Zdrowia), obejmujących postanowienia dotyczące wymagań w zakresie personelu, zakresu udzielanych świadczeń, organizacji udzielania świadczeń, pozostałych wymagań orz sposobu i poziomu ich finansowania, w niniejszym zarządzeniu wprowadzono przepis zobowiązujący dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, do realizacji ww. obowiązku. Jednocześnie, należy mieć na uwadze § 2 ust. 3 i 4 ww. rozporządzenia, zgodnie z którym świadczeniodawca(spełniający wymagania określone w załączniku nr 8 do rozporządzenia) nie później niż do dnia 31 grudnia 2022 r. podpisuje umowę i przekazuje ją dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ. W przypadku jednak nieprzekazania przez świadczeniodawcę umowy w określonym terminie, świadczenia będą udzielane na dotychczasowych zasadach. Przepisy zarządzenia mają zastosowanie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 listopada 2022 r. Zarządzenie, zgodnie z § 4, 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 września2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2022 r. poz. 787, 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, pełnomocnikom Ministra Zdrowia do spraw reformy w psychiatrii dzieci i młodzieży oraz do spraw psychiatrii sądowej, 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 opinię wyraziło 18 podmiotów, w tym 2 podmioty złożyły uwagi po terminie, a 2 nie zgłosiło uwag. Łącznie otrzymano 46 stanowisk, w których poruszono około33 kwestie, jednakże uwagi głównie dotyczyły spraw wykraczających poza kompetencje Narodowego Funduszu Zdrowia. W związku ze zgłoszonymi uwagami zmodyfikowano przepis określony w § 18 w ust. 1 pkt 6f zarządzenia zmienianego, wprowadzając ograniczenie czasowe do złożenia wniosku o wypłatę środków finansowych za świadczenia udzielone przez personel zatrudniony ponad etaty wymagane przepisami rozporządzenia w ramach I poziomów referencyjnych oraz w produktach rozliczeniowych dotyczących rozliczania kolejnego uczestnika sesji grupowych w ramach programu terapeutyczno-rehabilitacyjnego dla osób z autyzmem dziecięcym, dodano wagępunktową. Pozostałe uwagi dotyczyły zwiększenia wagi punktowej świadczeń; uwzględnienia w sprawozdawczości w zakresie świadczeń udzielanych w oddziale dziennym, o których mowa w lp. 4 załącznika nr 8 do rozporządzenia, spotkań społeczności; umożliwienia sprawozdawania konsyliów odbytych z opiekującymi się świadczeniobiorcą specjalistami w ramach podmiotów innych niż świadczeniodawcy udzielający świadczeń w zakresie poziomów referencyjnych; odstąpienia od sprawozdawania świadczeń gwarantowanych jednostkowych udzielonych świadczeniobiorcy w oddziale dziennym w zakresie II poziomu referencyjnego; wprowadzenia do zarządzenia definicji superwizora psychoterapii uzależnień; wprowadzenia do zarządzenia w zakresie leczenia uzależnień produktów rozliczeniowych dla sesji koordynacji, konsyliów oraz superwizji; wprowadzenia dla świadczeń w zakresie I poziomu referencyjnego, kwartalnych okresów rozliczeniowych; zmodyfikowania liczby świadczeń możliwych do realizacji w ramach I poziomu referencyjnego; umożliwienia pokrycia kosztów świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom do 18 roku życia z Funduszu Medycznego; odstąpienia od zobowiązania Oddziałów Funduszu do ogłoszenia postępowań, w przypadku gdy świadczeniodawca w zakresie I poziomu referencyjnego zatrudnia więcej personelu niż wymagają tego przepisy rozporządzenia; umożliwienia realizacji superwizji przez personel podmiotu leczniczego; odstąpienia od wymagania realizacji świadczeń przez zespół; odstąpienia od wymagania sprawozdawania zrealizowanego na II poziomie referencyjnym konsylium przez lekarza i zastąpienie go innym personelem; odrębnego finansowania konsylium w ramach II		

		poziomu referencyjnego; odstąpienia od precyzowania w harmonogramach wymaganego personelu; usunięcia w zakresie świadczeń na I poziomie referencyjnym wymogu sprawozdawania diagnozy wg ICD-10; odstąpienia od zasad realizacji świadczeń w zakresie wizyta domowa lub środowiskowa zgodnie z przepisami rozporządzenia; usunięcia obowiązku odnotowania czasu rozpoczęcia i zakończenia świadczenia; wprowadzenia do świadczeń II poziomu referencyjnego porady psychologicznej; poszerzenia zakresu rozpoznań wg ICD-10 możliwych do realizacji w zakresie II poziomu referencyjnego; zniesienia czasów trwania świadczeń; zwiększenia w ramach I poziomu referencyjnego kwoty ryczałtu w przypadku zatrudnienia personelu w wymiarze więcej niż 4 etaty.		
Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 163/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 14 grudnia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna	Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 79/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r. 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 2022 r. poz. 2561)Zmiany wprowadzone zarządzeniem wynikają z przeprowadzonych konsultacji ze środowiskiem eksperckim realizatorów świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej. Dotyczą one dodatku kwotowego za realizacje świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów przewlekle chorych i jednocześnie wycofanie współczynnika korygującego stawkę kapitacyjną 3,2.Powyższe zmiany mają na celu wzmocnienie działań związanych z realizacja świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów przewlekle chorych. 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. Szacuje się, że łączny roczny wydatek na świadczenia zdrowotne w poz z tytułu wprowadzonych zmian wyniesie około 220 000 000 zł.	Wejście w życie 1 lipca 2023 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1573/Zarzadzenie-163_2022_DSOZ
Zarządzenie	ZARZĄDZENIE NR 162/2022/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 13 grudnia 2022 r. zmieniające	Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 79/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r. 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 2022 r. poz. 2561).Zmiany wprowadzone zarządzeniem wynikają z przeprowadzonych konsultacjami ze środowiskiem eksperckim realizatorów świadczeń w podstawowej opiece	Wejście w życie 13 grudnia 2023 r.	https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1569/Zarzadzenie-162_2022_DSOZ

	zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna	zdrowotnej. Dotyczą one:1) współczynników korygujących stawkę kapitacyjną lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (poz) dla grup wiekowych:- do 6. roku życia- od 7. do 19. roku życia,2) finansowania zadań, o których mowa w § 39 ust. 2 pkt 2 realizowanych przez koordynatora,3) zasad rozliczenia współczynnika korygującego stawkę kapitacyjną3,2 w oparciu o zmienioną częstotliwość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej przez lekarza poz,4) przedłużenia naliczania Świadczeniodawcom realizującym świadczenia lekarza poz, do 31 grudnia 2023 r., współczynnika korygującego, o którym mowa w § 16 ust. 2 Ogólnych warunków umów związanego z poziomem zgłaszalności do programu "profilaktyka 40 PLUS". Powyższe zmiany mają na celu:1) podwyższenie jakości udzielanych świadczeń w opiece nad populacją dzieci i młodzieży,2) wzmocnienie działań związanych z rozwojem świadczeń w budżecie powierzonym opieki koordynowanej a w szczególności nowych zadań koordynatora opieki.3) zmianę organizacji udzielania świadczeń lekarza poz nad pacjentami przewlekle chorymi z wielochorobowością w dążeniu do poprawy dostępności do 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. Szacuje się, że łączny roczny wydatek na świadczenia zdrowotne w poz z tytułu wprowadzonych zmian wyniesie około 210 000 000 zł.		
Zarządzenie	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie powołania Zespołu do spraw przygotowania projektu długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej	Powołano dwóch przedstawicieli Forum Hospicjów Polskich	Wejście w życie 30 grudnia 2022 r.	https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2022/142/akt.pdf
Zarządzenie	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia	Do zadań Zespołu należy: 1) monitorowanie procesu wdrażania opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej;	Wejście w życie 30 grudnia 2022 r.	https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2022/141/akt.pdf

	2022 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw wdrożenia opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej	2) opracowanie wskaźników ewaluacji wdrożenia opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej; 3) opracowanie zestawu wskaźników oceny jakości i efektywności opieki w podstawowej opiece zdrowotnej; 4) opracowanie rekomendacji dla założeń rozwiązań legislacyjnych dotyczących opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej, z uwzględnieniem uwag zgłaszanych przez świadczeniodawców; 5) opracowanie strategii rozwoju opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej, z uwzględnieniem populacji pediatrycznej; 6) projektowanie rozwiązań cyfrowych poprawiających kompleksowość opieki w podstawowej opiece zdrowotnej; 7) opracowanie propozycji zasad współpracy pomiędzy jednostkami podstawowej opieki zdrowotnej a jednostkami ambulatoryjnej opieki specjalistycznej; 8) wykonywanie innych zadań zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia związanych z przedmiotem działania Zespołu. Członkiem zespołu jest Pani Mariola Łodzińska – Wiceprezes NRPiP.		
Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie wykazu jednostek, którym w 2022 r. przyznano dotacje celowe na realizację projektów z udziałem środków europejskich wraz z kwotami tych dotacji			https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2022/140/akt.pdf
Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie wykazu jednostek, którym w 2022 r. przyznano dotacje podmiotowe wraz			https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2022/139/akt.pdf

	z kwotami tych dotacji			
Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie wykazu jednostek, którym w 2022 r. przyznano dotacje celowe na wydatki majątkowe wraz z kwotami tych dotacji			https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2022/138/akt.pdf
Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie wykazu jednostek, którym w 2022 r. przyznano dotacje celowe na wydatki bieżące wraz z kwotami tych dotacji			https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2022/137/akt.pdf
Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2022 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zagrożonych			https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2022/136/akt.pdf

	brakiem dostępności na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej			
Zarządzenie	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2022 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw modelowania i prognozowania zapotrzebowania na kadrę medyczną	Do zadań Zespołu należy przedstawianie rekomendacji dotyczących metodologii szacowania zapotrzebowania na przedstawicieli poszczególnych zawodów medycznych, w tym lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych	Wejście w życie 28 grudnia 2022 r.	https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2022/135/akt.pdf
Zarządzenie	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania założeń strategii działań na rzecz zdrowia dzieci	Powołano dodatkowych członków Zespołu do spraw opracowania założeń strategii działania na rzecz zdrowia dzieci	Wejście w życie 28 grudnia 2022 r.	https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2022/134/akt.pdf
Zarządzenie	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie powołania Rady do spraw Chorób Rzadkich	Do zadań Rady należy: 1) inicjowanie oraz monitorowanie pod względem merytorycznym realizacji poszczególnych etapów realizacji Planu dla Chorób Rzadkich; 2) powoływanie zespołów eksperckich realizujących poszczególne obszary Planu dla Chorób Rzadkich; 3) nadzór merytoryczny nad opracowaniem krajowych zaleceń powoływania Ośrodków Eksperckich Chorób Rzadkich (OECR); 4) nadzór merytoryczny nad przeprowadzaniem konkursów i oceną wniosków ośrodków ubiegających się o status OECR; 5) nadzór merytoryczny nad koordynacją współpracy między OECR; 6) opracowanie modelu i zasad współpracy OECR z ośrodkami genetyki	Wejście w życie 24 grudnia 2022 r.	https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2022/133/akt.pdf

		klinicznej lub medycznej oraz z poradniami genetycznymi; 7) nadzór i wsparcie merytoryczne nad opracowaniem i przeprowadzeniem cyklu szkoleń dla przedstawicieli OECR w zakresie stosowania wielkoskalowych badań genomowych; 8) nadzór i wsparcie merytoryczne nad opracowaniem rekomendacji tworzenia i zasad działania specjalistycznych konsultacyjnych zespołów medycznych w zakresie wielkoskalowej diagnostyki genomowej chorób rzadkich w OECR; 9) współpraca z konsultantami krajowymi i towarzystwami naukowymi w celu poprawy dostępności do laboratoryjnej diagnostyki chorób rzadkich, w tym do wielkoskalowych badań genomowych; 10) nadzór merytoryczny nad przeprowadzeniem certyfikacji laboratoriów wykonujących badania mające zastosowanie w diagnostyce chorób rzadkich; 11) inicjowanie działań na rzecz wzrostu wiedzy w obszarze chorób rzadkich wśród pracowników ochrony zdrowia i w społeczeństwie; 12) nadzorowanie prac Rady Naukowej do spraw Rejestrów Chorób Rzadkich oraz Rady Naukowej Platformy Informacyjnej „Choroby Rzadkie”.”;		
Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2022 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych			https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2022/132/akt.pdf
Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2022 r. w sprawie wykazu leków, środków spożywczych			https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2022/131/akt.pdf

	specjalnego przeznaczenia żywieniowego, dla których ustalono urzędową cenę zbytu			
Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 14 grudnia 2022 r. w sprawie minimalnej liczby miejsc szkoleniowych w określonych dziedzinach medycyny laboratoryjnej, maksymalnej kwoty dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego dla specjalizacji oraz maksymalnej kwoty przeznaczonej na szkolenia specjalizacyjne w 2023 r.	1) minimalna liczba miejsc szkoleniowych w następujących dziedzinach medycyny laboratoryjnej wynosi: a) laboratoryjna diagnostyka medyczna – 40, b) mikrobiologia medyczna – 20, c) laboratoryjna transfuzjologia medyczna – 20, d) laboratoryjna genetyka medyczna – 10, e) laboratoryjna hematologia medyczna – 5, f) laboratoryjna toksykologia medyczna – 5; 2) maksymalna kwota dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego dla specjalizacji rozpoczynających się w 2023 r. wynosi 18 000 zł; 3) maksymalna kwota przeznaczona na szkolenia specjalizacyjne wynosi 450 000 zł.		https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2022/130/akt.pdf
Obwieszczenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2022 r. w sprawie minimalnej liczby miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych, maksymalnej	1) minimalna liczba miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych rozpoczynających specjalizację w 2023 r. wynosi 2 525; 2) maksymalna kwota dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego dla specjalizacji rozpoczynających się w 2023 r. wynosi 3 950 zł; 3) maksymalna kwota przeznaczona na szkolenia specjalizacyjne w 2023 r. wynosi 10 000 000 zł.		https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2022/129/akt.pdf

	kwoty dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego oraz maksymalnej kwoty przeznaczonej na szkolenia specjalizacyjne w 2023 r.			
Zarządzenie	Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 r. w sprawie ustanowienia Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw wdrożenia opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej	Do zadań Pełnomocnika należy: 1) monitorowanie procesu wdrażania opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej; 2) przygotowanie rekomendacji zmian obowiązującego zakresu świadczeń opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej; 3) przygotowanie rekomendacji nowych zakresów świadczeń realizowanych w ramach opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej; 4) reprezentowanie Ministra w pracach zespołów i rad powołanych przez inne organy, w zakresie związanym z wdrażaniem opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej; 5) wykonywanie innych zadań zleconych przez Ministra w zakresie wdrożenia opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej. Pełnomocnikiem do spraw wdrożenia opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej wyznaczono Panią dr hab. n. med. Agnieszkę Mastalerz-Migas, Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej.	Wejście w życie 14 grudnia 2022 r.	https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2022/128/akt.pdf
Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wzorów karty urodzenia i karty martwego urodzenia	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wzoru karty urodzenia i kartu martwego urodzenia jest wydawany na podstawie upoważnienia zawartego art. 144 ust. 6 ustawy z dnia 28 listopada 2014 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego, zgodnie z którym minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw informatyzacji, określi, w drodze rozporządzenia, wzór karty urodzenia oraz wzór karty martwego urodzenia, w tym sporządzanych w postaci elektronicznej, uwzględniając przejrzystość i kompletność wymaganych danych. Wydanie rozporządzenia zmieniającego wynika z nowelizacji art. 144	Wejście w życie 31 grudnia 2022 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000284201.pdf

		ustawy z dnia 28 listopada 2014 r – Prawo o aktach stanu cywilnego obejmującej przedłużenie wskazanych w nim terminów obowiązywania poszczególnych regulacji z dnia 1 stycznia 2023 r. na dzień 1 stycznia 2024 r. W konsekwencji jest konieczna przedłożona zmiana rozporządzenia, gdyż stosownie do terminów określonych w ustawie przed ww. nowelizacją, jak i zawartym w zmienianym rozporządzeniu postanowieniu, obowiązuje ono do dnia 31 grudnia 2022 r. Nowelizacja przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2014 r – Prawo o aktach stanu cywilnego wchodzi życie z dniem ich ogłoszenia i wynika z ustawy z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. …..). W świetle obecnych regulacji zasady funkcjonowania karty urodzenia oraz karty martwego urodzenia określone w art. 144 ustawy z dnia 28 listopada 2014 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego zostały przedłużone do dnia 1 stycznia 2024 r., w tym sporządzanie karty urodzenia oraz karty martwego urodzenia wg dotychczas obowiązującego wzoru i zakresu danych, jak również sposób przekazywania do odpowiednich podmiotów danych w niej zawartych. Ponieważ nie ulegają zmianie żadne elementy wzoru karty urodzenia oraz karty martwego urodzenia określonych w załącznikach do zmienianego rozporządzenia pozostają one bez zmian, i w związku z tym nie jest wymagane zamieszczanie w rozporządzeniu dodatkowo przepisów przejściowych dotyczących stosowania poprzednich wzorów kart.		
Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii	Projektowane rozporządzenie wprowadza zmianę w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz. U. z 2022 r. poz. 392). Proponowana zmiana polega na wydłużeniu terminu dostosowania podmiotów leczniczych prowadzących szpitale do wymagań określonych w części normatywnej rozporządzenia, w zakresie rozdzielności oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dorosłych i dzieci oraz utrzymania kwalifikacji personelu medycznego. Analogiczna zmiana dotyczy również podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne w zakresie wyposażenia stanowisk znieczulenia. Wskazane powyżej podmioty lecznicze obowiązane będą dostosować się do ww. wymagań do dnia 31 grudnia 2023 r. W obowiązującym rozporządzeniu termin ten upływa w dniu 31 grudnia 2022 r.	Wejście w życie 31 grudnia 2022 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000284101.pdf

		Projekt rozporządzenia wydłuża termin dostosowania do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, podmiotów leczniczych prowadzących szpitale oraz podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne, do dnia 31 grudnia 2023 r. W obowiązującym stanie prawnym termin ten upływa w dniu 31 grudnia 2022 r. Konieczność wydłużenia terminu dostosowania wynika przede wszystkim ze zróżnicowanego poziomu standardu wyposażenia ww. podmiotów wykonujących działalność leczniczą, jak również dostępności personelu medycznego, co stwarza zagrożenie ograniczenia poziomu zabezpieczenia dostępu do świadczeń. Przyjęcie zaproponowanego rozwiązania pozwoli na kontynuację działań dostosowawczych w tym zakresie przez podmioty nie spełniające wymagań określonych w rozporządzeniu.		
Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wzoru karty zgonu	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wzoru karty zgonu jest wydawany na podstawie upoważnienia zawartego art. 144 ust. 7 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 wewnętrznych i ministrem właściwym do spraw informatyzacji, określi, w drodze rozporządzenia, wzór karty zgonu, w tym sporządzanej w formie dokumentu elektronicznego, uwzględniając zakres danych konieczny do sporządzenia aktu zgonu oraz umożliwienia pochówku osoby zmarłej. Wydanie rozporządzenia zmieniającego wynika z nowelizacji art. 144 ustawy z dnia 28 listopada 2014 r – Prawo o aktach stanu cywilnego obejmującej przedłużenie wskazanych w nim terminów z dnia 1 stycznia 2023 r. na dzień 1 stycznia 2024 r. W konsekwencji konieczna jest przedłożona zmiana rozporządzenia, gdyż stosownie do terminów określonych w ustawie przed ww. nowelizacją, jak i zawartym w zmienianym rozporządzeniu postanowieniu, obowiązuje ono do dnia 31 grudnia 2022 r. Nowelizacja przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2014 r –Prawo o aktach stanu cywilnego wchodzi życie z dniem ich ogłoszenia i wynika z ustawy z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. …..). W świetle obecnych regulacji zasady funkcjonowania karty zgonu określone w art. 144 ustawy z dnia 28 listopada 2014 r. – Prawo o aktach	Wejście w życie 31 grudnia 2022 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000283901.pdf

		stanu cywilnego zostały przedłużone do dnia 1 stycznia 2024 r., w tym sporządzanie karty zgonu wg dotychczas obowiązującego wzoru i zakresu danych, jak również sposób przekazywania do odpowiednich podmiotów danych w niej zawartych. Ponieważ nie ulegają zmianie żadne elementy wzoru karty zgonu określonego w załączniku do projektowanego rozporządzenia pozostaje on bez zmian, i w związku z tym nie jest wymagane zamieszczanie w rozporządzeniu dodatkowo przepisów przejściowych dotyczących stosowania poprzedniego wzoru karty.		
Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. uchylające rozporządzenie w sprawie uproszczonego wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługujące comiesięcznie w przypadku kontynuacji zlecenia	Uchylenie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2019 r. w sprawie uproszczonego wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługujące comiesięcznie w przypadku kontynuacji zlecenia (Dz. U. z 2020 r. poz. 28) wynika z prowadzonych prac legislacyjnych nad projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego (MZ 1419), w którym przewiduje się termin wejścia w życie na dzień 1 stycznia 2023 r. Biorąc pod uwagę funkcjonowanie Systemu Obsługi Procesu Elektronicznego Weryfikowania i Potwierdzania Zlecenia na Zaopatrzenie w Wyroby Medyczne (eZWM) faktyczną realizacją zleceń w ponad 90% w postaci elektronicznej, nie ma potrzeby określenia uproszczonego wzoru zlecenia, który dotyczy zleceń w postaci papierowej. Dodatkowo ze względu na planowane uruchomienie systemu e-zlecenia od 1 dnia lipca 2023 r. wersja papierowa zlecenia będzie mogła być stosowana tylko w sytuacji braku dostępu do systemu elektronicznego. Przedmiotowa zmiana ma uporządkować stan prawny tak, aby od dnia 1 stycznia 2023 r. wystawiano tylko zlecenia określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2021 r. w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego, w wersji, której obowiązywanie zaplanowano na dzień 1 stycznia 2023 r.	Wejście w życie 1 stycznia 2023 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000283501.pdf
Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie Krajowego	Prowadzenie rejestrów medycznych przez wiele podmiotów skutkuje wielością stosowanych rozwiązań teleinformatycznych i w rezultacie komplikacjami w procesie przekazywania danych między tymi rejestrami oraz zwiększonymi wydatkami związanymi z utrzymaniem i modyfikacjami istniejących systemów teleinformatycznych rejestrów medycznych. Projektowane rozporządzenie powierza prowadzenie rejestru jednostce podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia (Centrum e-	Wejście w życie 1 stycznia 2023 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000283301.pdf

	Rejestru Pacjentów z COVID-19	Zdrowia, zwane dalej „CeZ"). Jednostka ta ma obecnie dostęp do wielu baz danych, w których są przetwarzane dane przetwarzane również w rejestrach. Powierzenie tej jednostce roli podmiotu prowadzącego rejestr usunie konieczność przekazywania danych od tej jednostki do podmiotu prowadzącego rejestr co usprawni gromadzenie danych. Ponadto ograniczone zostaną wydatki ministra właściwego do spraw zdrowia związane z dotowaniem funkcjonowania rejestru w podmiocie prowadzącym rejestr dotychczas (Narodowy Instytut Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie). Proponowanym rozwiązaniem jest centralizacja przetwarzania danych przez przeniesienie rejestru do CeZ.		
Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 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 i 2412) pilotaż sieci onkologicznej kończy się z dniem 31 grudnia 2022 r. Wydłużenie terminu zakończenia pilotażu jest niezbędne w celu zapewnienia ciągłości pilotażu w województwach włączonych do programu pilotażowego do czasu wejścia w życie projektowanej 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 marca 2023 r. dla wszystkich ośrodków biorących udział w programie pilotażowym. Mając na uwadze, że docelowe zmiany systemowe, które zostaną wprowadzone na mocy przywołanej w pkt 1 OSR ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, powstały na podstawie doświadczeń z programu pilotażowego, 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 30 grudnia 2022 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000282101.pdf
Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie kosztów, których wysokość nie jest zależna od	Projektowane rozporządzenie wprowadza zmiany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 września 2020 r. w sprawie kosztów, których wysokość nie jest zależna od parametrów wskazanych w art. 118 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1231). W związku z przejęciem z dniem 1 stycznia 2023 r. przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem", finansowania zadań realizowanych przez zespoły ratownictwa medycznego, dotychczas finansowanych ze środków budżetu państwa z części, których	Wejście w życie 1 stycznia 2023 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000281801.pdf

	parametrów wskazanych w art. 118 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	dysponentami są poszczególni wojewodowie, niezbędne jest dokonanie zmiany przedmiotowego rozporządzenia. Ustalanie kosztów finansowania zespołów ratownictwa medycznego odbywa się w oparciu o odmienne parametry niż wskazane w art. 118 ust. 3 ustawy o świadczeniach. W związku z planowanym wejściem w życie z dniem 1 stycznia 2023 r. ustawy z dnia 16 listopada 22022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. …..), która przewiduje powierzenie Funduszowi finansowania zadań realizowanych przez zespoły ratownictwa medycznego, dotychczas finansowanych ze środków budżetu państwa z części, których dysponentami są poszczególni wojewodowie, włącza się do finansowania z planu finansowego centrali Funduszu koszty zadań zespołów ratownictwa medycznego, z wyłączeniem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.		
Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2023 r.	Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego określonego w art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi, zwanej dalej „ustawą”. Zgodnie z tym przepisem minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Instytutu Hematologii i Transfuzjologii, określa corocznie, do dnia 30 czerwca, w drodze rozporządzenia, wysokość opłat za krew i jej składniki wydawane przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi, obowiązujące w następnym roku kalendarzowym. Przy określaniu wysokości opłat uwzględnia się rodzaje kosztów ponoszonych przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi w związku z pobieraniem krwi i jej składników oraz preparatyką, przechowywaniem i wydawaniem, a także średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem w poprzednim roku kalendarzowym, ogłaszany przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego.	Wejście w życie 1 stycznia 2023 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000281701.pdf
Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny	Konieczność wydania nowego rozporządzenia powstała w związku ze zmianą upoważnienia ustawowego do wydania rozporządzenia, która została wprowadzona art. 3 pkt 2 ustawy z dnia 17 listopada 2021 r. o zmianie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2232, z późn. zm.) – zmianie uległ charakter delegacji ustawowej z fakultatywnej na obligatoryjną. ydanie nowego rozporządzenia w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny, zawierającego tożsame regulacje (tj. ten zakres priorytetowych dziedzin medycyny) jak obecnie obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2020 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz. U. poz. 1156).	Wejście w życie 30 grudnia 2022 r., z mocą obowiązującą od 19 grudnia 2022 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000281401.pdf

Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie elektronicznej rejestracji centralnej na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej	Projekt rozporządzenia dookreśla harmonogram i zasady rozliczania programu pilotażowego prowadzonego na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 czerwca 2022 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie elektronicznej rejestracji centralnej na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 1207), zwanego dalej „programem pilotażowym", w związku z potrzebami zidentyfikowanymi w ramach realizacji programu pilotażowego. Projektowane rozporządzenie zakłada wprowadzenie dwóch zmian w dotychczasowych zasadach realizacji programu pilotażowego w zakresie elektronicznej rejestracji centralnej na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, dotyczące jego harmonogramu oraz zasad rozliczania realizacji tego programu. Pierwsza z projektowanych zmian zakłada modyfikację określonych w § 7 zmienianego rozporządzenia etapów okresu realizacji programu pilotażowego i połączenie informacji na temat czasu trwania okresu realizacji programu pilotażowego, bez podziału na poszczególne jego etapy. Zgodnie z projektowaną zmianą okres realizacji programu pilotażowego, obejmujący etap przygotowania, realizacji i ewaluacji programu pilotażowego zakończy się 31 grudnia 2022 r. Wydłużenie o miesiąc okresu realizacji programu pilotażowego jest podyktowane zmianami zaistniałymi w harmonogramie programu pilotażowego uwarunkowanymi czasochłonnością przygotowań, które realizatorzy musieli poczynić celem rozpoczęcia dokonywania elektronicznej rejestracji centralnej na świadczenia. Zmiana wynika także z faktu, że osiągnięcie założonych celów programu pilotażowego, w tym dostatecznej weryfikacji rozwiązań wprowadzonych w ramach elektronicznej rejestracji centralnej, wymaga wydłużenia etapu realizacji tego programu przez jego realizatorów o kolejny miesiąc, tj. do grudnia 2022 r. Wobec powyższego za zasadne uznano również prowadzenie etapu ewaluacji programu pilotażowego w sposób ciągły, tj. równolegle z etapem realizacji tego programu. Druga z proponowanych zmian polega na dostosowaniu warunków rozliczania programu pilotażowego do zmienionego okresu jego realizacji przez realizatorów oraz zmniejszonej liczby tych realizatorów wskutek rezygnacji jednego z uczestników z udziału w programie. Ponadto ma na celu efektywne wykorzystanie środków przewidzianych na sfinansowanie udziału realizatorów w tym programie.	Wejście w życie 30 grudnia 2022 r. z wyjątkiem § 1 pkt 3, który wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia z mocą od dnia 1 grudnia 2022 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000281301.pdf
Rozporządze	Rozporządzenie	W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2021 r. w sprawie	Wejście w życie	https://dziennikustaw.gov.pl/D20

nie	Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu informacji gromadzonych w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia oraz sposobu i terminów przekazywania tych informacji	zakresu informacji gromadzonych w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia oraz sposobu i terminów przekazywania tych informacji (Dz. U. poz. 614 oraz z 2022 r. poz. 283 i 1761) w § 7 w ust. 1 wyrazy „od dnia 1 stycznia 2023 r.” zastępuje się wyrazami „od dnia 1 stycznia 2024 r.”.	28 grudnia 2022 r.	22000278101.pdf
Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych	Na mocy zarządzenia nr 14/22 Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 26 września 2022 r. zlikwidowana zostanie z dniem 31 grudnia 2022 r. Graniczna Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Świnoujściu. Zgodnie z § 1 pkt 15 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 lipca 2002 r. w sprawie wykazu granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych (Dz. U. poz. 1124, z późn. zm.) likwidowana jednostka obejmuje swoim terytorialnym zakresem działania miasto na prawach powiatu Świnoujście, miasto na prawach powiatu Koszalin oraz powiaty białogardzki, goleniowski z wyjątkiem Portu Lotniczego Szczecin-Goleniów, gryficki, kamieński, kołobrzeski, koszaliński, sławieński, świdwiński w województwie zachodniopomorskim. Rekomendowanym rozwiązaniem jest przejęcie dotychczasowej działalności prowadzonej przez Graniczną Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Świnoujściu przez Graniczną Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Szczecinie, która działa na terytorium tego samego województwa. W tym celu niezbędna jest zmiana przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 lipca 2002 r. w sprawie wykazu granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych. W związku z powyższym na obszarze województwa zachodniopomorskiego będzie jedna graniczna stacja sanitarno-epidemiologiczna. Oczekiwany efekt będzie polegał na zagospodarowaniu terytorialnego zakresu działania likwidowanej granicznej stacji sanitarno-epidemiologicznej.	Wejście w życie 1 stycznia 2023 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000276201.pdf

Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 r. w sprawie testów eksploatacyjnych urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych	Projekt rozporządzenia w sprawie testów eksploatacyjnych urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 33l ust. 16 ustawy – Prawo atomowe w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 13 czerwca 2019 r. o zmianie ustawy – Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. z 1593 r. oraz z 2020 r. poz. 284). Zgodnie z ww. upoważnieniem minister właściwy do spraw zdrowia określi zakres oraz częstotliwość wykonywania testów eksploatacyjnych, a także dopuszczalne odchylenia badanych fizycznych parametrów dla urządzeń radiologicznych oraz urządzeń pomocniczych, mając na względzie zapewnienie wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych realizowanych przy użyciu takich urządzeń, specyfikę poszczególnych urządzeń oraz uwzględniając zalecenia i wytyczne międzynarodowych organizacji zajmujących się stosowaniem promieniowania jonizującego. W dotychczasowym stanie prawnym, tj. przed wejściem w życie nowelizacji ustawy z dnia 13 czerwca 2019 r., wdrażającej dyrektywę 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, kwestie objęte projektowanym rozporządzeniem były uregulowane w załączniku nr 6 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. z 2017 r. poz. 884). Zgodnie z 37 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2019 r. o zmianie ustawy – Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej, rozporządzenie dotychczas regulujące m.in. zakres oraz częstotliwość wykonywania kontroli fizycznych parametrów urządzeń radiologicznych, utraci moc obowiązującą z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia. Projekt rozporządzenia bazuje na dotychczasowych rozwiązaniach odnoszących się do zakresu oraz częstotliwości wykonywania kontroli fizycznych parametrów urządzeń radiologicznych, tj. na treści załącznika nr 6 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej. Nowy zakres testów urządzeń radiologicznych, a także częstotliwość ich przeprowadzania, zostały – w ramach projektowanego rozporządzenia – przyjęte z uwzględnieniem zmian wynikających z rozwoju technologicznego oraz	Wejście w życie 28 grudnia 2022 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000275901.pdf

		wytycznych, norm oraz zaleceń wydawanych przez organizacje międzynarodowe zajmujące się stosowaniem promieniowania jonizującego. Aktualizacja zakresu testów przeprowadzanych w ramach wymaganej ustawowo kontroli urządzeń radiologicznych (art. 33l ust. 1 ustawy – Prawo atomowe w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 13 czerwca 2019 r. o zmianie ustawy – Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej) przyczynią się do przeprowadzania kontroli takich urządzeń w sposób prawidłowy, zgodny z zaleceniami międzynarodowymi. W rezultacie wpłynie to na wzrost poziomu ochrony radiologicznej pacjenta (a także personelu) podczas wykonywania procedur medycznych z wykorzystaniem promieniowania jonizującego.		
Rozporządzenie	Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 16 grudnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu zagrożenia epidemicznego	Przedłużenie stanu zagrożenia epidemicznego do 31 marca 2023 r.	Wejście w życie 31 grudnia 2022 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000273601.pdf
Ustawa	Ustawa z dnia 15 grudnia 2022 r. o Państwowym Instytucie Medycznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji	Utworzenie Państwowego Instytutu Medycznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, zwanego dalej „Instytutem”, wynika z faktu, że obszar medycyny dotyczący specyfiki i potrzeb zdrowotnych funkcjonariuszy służb podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, zwanemu dalej „Ministrem”, jak również medycyny interwencyjnej związanej z zabezpieczeniem osób zajmujących najwyższe stanowiska państwowe oraz ważnych wydarzeń państwowych, nie był dotychczas dostatecznie rozwijany. Proponuje się wykorzystanie potencjału technicznego, organizacyjnego i kadrowego Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie, zwanego dalej „CSK MSWiA w Warszawie” (jednego z największych ośrodków medycznych w	Wejście w życie 1 stycznia 2023 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000273101.pdf

		kraju) i utworzenie na jego bazie państwowego instytutu badawczego, który będzie prowadził badania naukowe i prace rozwojowe w powiązaniu z udzieleniem świadczeń opieki zdrowotnej, działającego w obszarze bezpieczeństwa wewnętrznego państwa ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych i specyfiki służby funkcjonariuszy służb mundurowych podległych Ministrowi. Utworzenie Instytutu, podmiotu o szerokim spektrum działania oraz wysokim potencjale naukowym i organizacyjnym, którego celem będzie prowadzenie prac badawczych i naukowych w kierunku rozwoju nowoczesnych metod diagnostyki i poprawy sytuacji zdrowotnej, a także badania predyspozycji do służby funkcjonariuszy służb mundurowych podległych Ministrowi, będzie służyć rozwojowi priorytetowej zdolności operacyjnej służb odpowiedzialnych za bezpieczeństwo państwa oraz pozwoli na udział w wielu inicjatywach w ramach współpracy międzynarodowej w dziedzinie medycyny uwzględniającej szczególne potrzeby służb mundurowych. Instytut uzupełnia zadania z zakresu bezpieczeństwa wewnętrznego państwa w obszarze opieki zdrowotnej zarówno w czasie zwykłym, jak i w sytuacjach kryzysowych wymagających dodatkowej mobilizacji. Oprócz zadań w obszarze bezpieczeństwa wewnętrznego państwa i potrzeb zdrowotnych funkcjonariuszy wynikających z narażenia na czynniki szkodliwe występujące w środowisku służby, Instytut nieprzerwanie będzie udzielał świadczeń opieki zdrowotnej ogółowi ludności zapewniając dostęp do najlepszych technologii medycznych stosowanych na świecie. Rekomendowanym rozwiązaniem jest utworzenie Instytutu będącego państwowym instytutem badawczym w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 498), którego celem będzie: 1) udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; 2) prowadzenie badań naukowych i prac rozwojowych ukierunkowanych na rozwijanie dziedzin medycyny istotnych dla bezpieczeństwa wewnętrznego państwa oraz potrzeb zdrowotnych ogółu obywateli; 3) kształcenie wysokospecjalistycznych kadr medycznych. Proponuje się, aby Instytut został utworzony w drodze przekształcenia CSK MSWiA w Warszawie, który jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą – samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej nadzorowanym przez Ministra, i który dysponuje odpowiednim do zadań Instytutu potencjałem technicznym,		

		organizacyjnym i kadrowym. Proponuje się, aby Instytut został utworzony w drodze ustawy. Propozycja utworzenia Instytutu w drodze ustawy jest związana z tym, że ustawy ustrojowe, tj. ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, z późn. zm.) oraz ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych, nie przewidują możliwości utworzenia instytutu badawczego w drodze przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, która określa zasady wykonywania działalności leczniczej oraz zasady funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami, ustanawia podstawy prawne do połączenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (art. 66-68), przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową prawa handlowego (art. 69-82) oraz jego likwidacji (art. 60-61). Ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych, która określa zasady tworzenia instytutów badawczych, w art. 5 stanowi, że instytut badawczy tworzy Rada Ministrów, w drodze rozporządzenia, na wniosek ministra właściwego ze względu na planowaną działalność instytutu, złożony po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego i nauki. Pomimo, że samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej i instytut badawczy, który wykonuje działalność leczniczą, są podmiotami leczniczymi, wspomniane wyżej ustawy nie przewidują możliwości zmiany formy organizacyjno-prawnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej poprzez przekształcenie go w instytut badawczy. Prowadzi to do wniosku, że utworzenie Instytutu na bazie składników materialnych i niematerialnych CSK MSWiA w Warszawie wiązałoby się z koniecznością uprzedniej likwidacji tego podmiotu. Brak możliwości prawnych przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w instytut badawczy, na gruncie ustaw ustrojowych, powoduje konieczność przyjęcia nowych rozwiązań. Tym rozwiązaniem jest propozycja utworzenia Instytutu w drodze aktu prawnego rangi ustawowej. Przekształcenie CSK MSWiA w Warszawie w Instytut w drodze ustawy umożliwi płynne przejście z formy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do instytutu badawczego bez konieczności przeprowadzania likwidacji CSK MSWiA w Warszawie i utworzenia nowego podmiotu oraz pozwoli na uniknięcie komplikacji natury formalnej związanych z brakiem następstwa prawnego		

		pomiędzy przekształcanym podmiotem a nowo powstałym instytutem badawczym. Stosownie do przepisów projektowanej ustawy Instytut z dniem przekształcenia wstąpi we wszystkie prawa i obowiązki, których podmiotem był CSK MSWiA w Warszawie (sukcesja uniwersalna praw i obowiązków) oraz przejmie jego pracowników. Rozwiązanie to zapobiegnie wystąpieniu trudności z zapewnieniem zasobów kadrowych, tym samym przyczyniając się do zagwarantowania ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Jest to o tyle istotne, że Instytut (będąc podmiotem leczniczym) będzie kontynuował (nieprzerwanie) działalność leczniczą, którą wykonywał CSK MSWiA w Warszawie, prowadził badania naukowe i prace rozwojowe w zakresie nauk medycznych i tym samym uczestniczył w systemie ochrony zdrowia. W projekcie ustawy o Instytucie zostaną uregulowane takie kwestie jak: zadania, organizacja, organy i gospodarka finansowa Instytutu. W sprawach nieuregulowanych w projekcie ustawy do Instytutu będą miały zastosowanie przepisy ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych.		
Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie 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.	Wejście w życie 1 stycznia 2023 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000271301.pdf

		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.		
Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 r. w sprawie wzorów dokumentów: Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, Prawo wykonywania zawodu położnej, Ograniczone prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, Ograniczone prawo wykonywania zawodu położnej	Obecnie obowiązujące wzory dokumentów: „Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej" i „Ograniczone prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej" są określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 4 lutego 2013 r. w sprawie wzorów dokumentów o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej (Dz. U. poz. 222). Wzory tych dokumentów nie spełniają wymagań określonych w ustawie z dnia 22 listopada 2018 r. o dokumentach publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1660, z późn. zm.) oraz aktach wykonawczych wydanych na podstawie tej ustawy. Rozporządzenie ma na celu umożliwienie maksymalnego zabezpieczenia dokumentu przed przerobieniem, podrobieniem lub użyciem przez osobę nieuprawnioną, kierując się koniecznością zapewnienia ochrony danych osobowych oraz sposobem użytkowania dokumentu. Projektowane rozporządzenie określa nowe wzory dokumentów: „Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki", „Prawo wykonywania zawodu położnej", „Ograniczone prawo wykonywania zawodu pielęgniarki" oraz „Ograniczone prawo wykonywania zawodu położnej" i dostosowuje je do wymagań określonych w ustawie z dnia 22 listopada 2018 r. o dokumentach publicznych, rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 lipca 2019 r. w sprawie wykazu dokumentów publicznych (Dz. U. poz. 1289, z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 2 lipca 2019 r. w sprawie wykazu minimalnych zabezpieczeń dokumentów publicznych przed fałszerstwem (Dz. U. poz. 1281).	Wejście w życie 23 grudnia 2022 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000271001.pdf
Ustawa	Ustawa z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych	Projekt ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych ma na celu wprowadzenie do systemu prawnego przepisów regulujących w sposób kompleksowy wykonywanie zawodu ratownika medycznego, utworzenie ram prawnych dla działania samorządu ratowników medycznych oraz zasad odpowiedzialności zawodowej ratowników medycznych. Z uwagi na brak w chwili obecnej elektronicznego rejestru ratowników medycznych nie ma możliwości precyzyjnego ustalenia liczby osób	Wejście w życie 21 czerwca 2023 r. z wyjątkiem art. 217 oraz art. 227–232, które wchodzą w życie 4	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000270501.pdf

		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: Policja – 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	stycznia 2023 r.	

		kwalifikacji osób przystępujących do wykonywania tego zawodu, jak również ciągłe podnoszenie kwalifikacji osób już go wykonujących, stworzenie warunków reprezentacji interesów tego środowiska zawodowego, sprawowania nadzoru nad jakością wykonywania zawodu przez ratowników medycznych oraz prowadzenia rejestru osób wykonujących ten zawód. Praktyka stosowania dotychczasowych regulacji dotyczących wykonywania zawodu ratownika medycznego, zawartych w ustawie o PRM doprowadziła do uznania, że dla rozwoju zawodu ratownika medycznego jest koniecznym stworzenie możliwości, jakie daje utworzenie samorządu zawodowego oraz zebranie w jednej ustawie przepisów o największym znaczeniu dla funkcjonowania tego zawodu, z uwagi na jego rolę w systemie ochrony zdrowia. Ponadto projektowana ustawa zakłada możliwość kształcenia ratowników medycznych na studiach drugiego stopnia co pozwala na uzyskanie tytułu zawodowego magistra oraz wprowadzenie do porządku prawnego szkolenia specjalizacyjnego dla ratowników medycznych, a tym samym możliwości przystąpienia do egzaminu (PESoz) w celu uzyskania tytułu specjalisty. Ponadto, projekt ustawy zakłada wprowadzenie do porządku prawnego uprawnienia dla ratowników medycznych do skorzystania z 6-dniowego płatnego urlopu szkoleniowego. Przyznanie takiego uprawnienia ratownikom medycznym wynika wprost z treści pkt 3 porozumienia zawartego w dniu 24 września 2018 r. przez Ministra Zdrowia z Komitetem Protestacyjnym Ratowników Medycznych oraz Sekcją Krajową Pogotowia Ratunkowego i Ratownictwa Medycznego NSZZ „Solidarność”. Realizacja postanowień przedmiotowego porozumienia podlega ocenie przez środowisko ratowników medycznych i stanowi warunek dla zachowania spokoju społecznego. Projekt ustawy zawiera przepisy regulujące w sposób kompleksowy wykonywanie zawodu ratownika medycznego, w szczególności określa wymagane uprawnienia kwalifikacyjne, zasady uzyskiwania prawa wykonywania zawody ratownika medycznego, zasady wykonywania tego zawodu, organizacji kształcenia przed i podyplomowego oraz ponoszenia odpowiedzialności zawodowej, jak również utworzenia samorządu ratowników medycznych. Art. 17 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej stwarza możliwość utworzenia samorządu zawodowego reprezentującego osoby wykonujące zawód zaufania publicznego i sprawującego pieczę nad należytym		

		wykonywaniem tego zawodu w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Dlatego też projektowana regulacja wprowadza do systemu prawnego przepisy powołujące samorząd zawodowy ratowników medycznych i regulujące jego organizację, tak jak to ma miejsce w przypadku innych zawodów medycznych jak: lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki, położne, farmaceuci, diagności laboratoryjni i fizjoterapeuci. Zgodnie z przepisami projektu ustawy, do zadań samorządu zawodowego będzie należało między innymi: 1) sprawowanie pieczy nad należytym i sumiennym wykonywaniem zawodu ratownika medycznego; 2) ustanawianie zasad etyki zawodowej oraz dbanie o ich przestrzeganie; 3) przyznawanie prawa wykonywania zawodu oraz uznawanie kwalifikacji ratowników medycznych uzyskanych w państwach członkowskich na podstawie ustawy o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej z dnia 22 grudnia 2015 r. (Dz. U. z 2021 r. poz. 1646); 4) wydawanie zaświadczeń potwierdzających kwalifikacje zawodowe na podstawie art. 9 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej; 5) zawieszanie i pozbawianie prawa wykonywania zawodu oraz ograniczanie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu; 6) prowadzenie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej ratowników medycznych; 7) prowadzenie postępowania w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu ratownika medycznego; 8) reprezentowanie ratowników medycznych oraz ochrona ich interesów zawodowych; 9) działanie na rzecz stałego podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez ratowników medycznych; 10) udział w ustalaniu oraz aktualizacji standardów i wytycznych w ratownictwie medycznym; 11) edukacja zdrowotna i promocja zdrowia; 12) prowadzenie rejestru ratowników medycznych oraz rejestru ratowników medycznych tymczasowo i okazjonalnie wykonujących zawód; 13) nadzór nad doskonaleniem zawodowym ratowników medycznych; 14) współpracę z samorządami zawodów medycznych i innymi		

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

		kwalifikacji. Wykonywanie zawodu ratownika medycznego będzie możliwe po uzyskaniu prawa wykonywania zawodu ratownika medycznego oraz uzyskaniu wpisu do rejestru ratowników medycznych. Prawo wykonywania zawodu będzie wydawała Krajowa Rada Ratowników Medycznych, będąca organem samorządu ratowników medycznych. Ważnym elementem projektu ustawy, wywierającym wpływ na bezpieczeństwo pacjenta jest stworzenie także możliwości skutecznego pociągnięcia do odpowiedzialności zawodowej osoby wykonującej zawód ratownika medycznego w przypadku nienależytego lub nierzetelnego przestrzegania obowiązku wykonywania czynności zawodowych zgodnie z określonymi w ustawie zasadami wykonywania zawodu ratownika medycznego oraz zasadami etyki zawodowej, do których określenia będzie uprawniony samorząd ratowników medycznych. Przewidywanym efektem wprowadzenia przedmiotowych rozwiązań będzie zintegrowanie środowiska zawodowego, samodzielność w określaniu potrzeb i dalszego rozwoju tego zawodu, efektywniejsza współpraca z tym środowiskiem zawodowym, sprawowanie pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu ratownika medycznego. W efekcie długofalowym projektowana regulacja ma się przełożyć na poprawę jakości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez ratowników medycznych, a co za tym bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów. Projekt ustawy określa, na takich samych zasadach jak obecnie, kształcenie przeddyplomowe przygotowujące do wykonywania zawodu ratownika medycznego. Natomiast kształcenie podyplomowe zostało uaktualnione i doprecyzowane. W obecnie obowiązujących regulacjach ratownik medyczny ma prawo i obowiązek pogłębiania i aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych, w tym przez uczestnictwo w kursie doskonalącym, celem aktualizacji posiadanego zasobu wiedzy oraz stałego dokształcania się w zakresie nowych osiągnięć. W projekcie ustawy przyjęto zasadę, że ratownik medyczny ma prawo do ustawicznego rozwoju zawodowego, w tym obowiązek doskonalenia zawodowego przez aktualizację wiedzy i umiejętności zawodowych. Ustawiczny rozwój zawodowy może być realizowany przez kształcenie podyplomowe lub doskonalenie zawodowe. Zaproponowane w projekcie rozwiązania dotyczące szkolenia specjalizacyjnego i uzyskiwania tytułu specjalisty w danej dziedzinie ochrony zdrowia są oparte na dotychczasowym systemie szkolenia specjalizacyjnego. Ponadto, projekt ustawy zakłada wprowadzenie kursów kwalifikacyjnych		

		dla ratowników medycznych, dzięki którym nabędą oni dodatkowe kwalifikację niewynikające z kształcenie przeddyplomowego.		
Obwieszczenie	Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 28 października 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej	ogłasza się jednolity tekst ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 551), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych: 1) ustawą z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. poz. 583), 2) ustawą 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 (Dz. U. poz. 830), 3) ustawą z dnia 5 sierpnia 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1733) oraz zmian wynikających z przepisów ogłoszonych przed dniem 25 października 2022 r. 2. Podany w załączniku do niniejszego obwieszczenia tekst jednolity ustawy nie obejmuje: 1) art. 116 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. poz. 583), który stanowi: „Art. 116. Ustawa wchodzi w życie z dniem ogłoszenia, z mocą od dnia 24 lutego 2022 r., z wyjątkiem: 1) art. 12 ust. 10–16, art. 72 oraz art. 89, które wchodzą w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia; 2) art. 95, który wchodzi w życie z dniem 27 marca 2022 r.”; 2) art. 33 ustawy 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 (Dz. U. poz. 830), który stanowi: „Art. 33. Ustawa wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, z mocą od dnia 24 lutego 2022 r., z wyjątkiem: 1) art. 1 pkt 12, pkt 21 lit. b i art. 7, które wchodzą w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia; 2) art. 1 pkt 22, 24, pkt 26 lit. a i c, pkt 42 lit. b, pkt 44, art. 10, art. 11 pkt 3, art. 12, art. 17 pkt 1–14, 17 i 18 oraz art. 19–21, które wchodzą w życie z dniem następującym po dniu		https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000270201.pdf

		ogłoszenia; 3) art. 1 pkt 29, który wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, z mocą od dnia 1 kwietnia 2022 r.; 4) art. 1 pkt 38 w zakresie art. 66a ust. 3–7 i 9–12, który wchodzi w życie po upływie 2 dni od dnia ogłoszenia; 5) art. 17 pkt 15 i 16, które wchodzą w życie z dniem 1 stycznia 2023 r."; Dziennik Ustaw – 2 – Poz. 2702 3) art. 11 ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1733), który stanowi: „Art. 11. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem art. 7, który wchodzi w życie z dniem ogłoszenia, z mocą od dnia 18 lipca 2022 r.".		
Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej	Konieczne jest dostosowanie przepisów regulujących sposób ustalania prowizorycznego ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „PSZ", w sposób umożliwiający zwiększenie wysokości tego ryczałtu. Proponuje się zastąpienie dotychczasowej metody ustalenia prowizorycznej kwoty ryczałtu PSZ, zawartej w § 3 ust. 2 rozporządzenia 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 późn. zm.), opartej na iloczynie kwoty ryczałtu ustalonego na okres obliczeniowy i współczynnika proporcjonalności czasowej, metodą polegającą na iloczynie liczby jednostek sprawozdawczych obliczonych dla danego świadczeniodawcy na okres obliczeniowy, prognozowanej ceny jednostki sprawozdawczej na okres planowania oraz współczynnika korygującego (jakościowego). Zmiana ta umożliwi ustalenie dla świadczeniodawców działających w ramach PSZ wyższych kwot prowizorycznego ryczałtu PSZ, tj. kwot obowiązujących do czasu wyliczenia ostatecznego ryczałtu (w terminie do końca marca 2023 r.), niż kwoty wynikające z zastosowania dotychczasowego wzoru, co pozwoli na poprawę sytuacji finansowej tych podmiotów.	Wejście w życie 22 grudnia 2022 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000269601.pdf
Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2022 r. w sprawie szczegółowego zakresu audytów	Projekt rozporządzenia w sprawie audytów klinicznych wewnętrznych oraz audytów klinicznych zewnętrznych i wzoru raportu z przeprowadzonego audytu klinicznego wewnętrznego oraz wzoru raportu z przeprowadzonego audytu klinicznego zewnętrznego stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 33x ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe.	Wejście w życie 3 stycznia 2023 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000268301.pdf

	klinicznych wewnętrznych oraz audytów klinicznych zewnętrznych oraz wzoru raportów z ich przeprowadzenia	Zgodnie z tym przepisem minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia: 1) szczegółowy zakres audytów klinicznych wewnętrznych oraz audytów klinicznych zewnętrznych, 2) wzór raportu z przeprowadzonego audytu klinicznego wewnętrznego oraz wzór raportu z przeprowadzonego audytu klinicznego zewnętrznego – mając na względzie poprawę jakości i wyników opieki nad pacjentem oraz zapewnienie wysokiej jakości świadczonych usług medycznych, a także bezpieczeństwo pacjentów poddawanych medycznym procedurom radiologicznym oraz konieczność weryfikacji diagnostycznych poziomów referencyjnych i skuteczność okresowej oceny narażenia ludności wynikającego z medycznych zastosowań promieniowania jonizującego. W dotychczasowym stanie prawnym, tj. przed wejściem w życie nowelizacji ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe 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 (Dz. Urz. UE L 13 z 17.01.2014, str. 1, z późn. zm.), kwestie objęte projektowanym rozporządzeniem są aktualnie uregulowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. z 2017 r. poz. 884), w wyodrębnionym rozdziale 8. – „Audyty kliniczne wewnętrzne i zewnętrzne”. W stosunku do projektowanej regulacji, dotychczas obowiązujące przepisy wykonawcze dotyczące audytów klinicznych były znacznie szerzej określone ponieważ – zgodnie z upoważnieniem zamieszczonym w art. 33c ust. 9 pkt 10 (w brzmieniu przed nowelizacją) – przepisy te określały wymagania, warunki oraz częstotliwość wykonywania klinicznych audytów wewnętrznych i zewnętrznych dotyczących przestrzegania wymogów ochrony radiologicznej pacjenta, a także podmioty uprawnione do wykonywania tych audytów. Aktualnie projektowane rozporządzenie ogranicza regulację przepisów wykonawczych w zakresie audytów klinicznych wyłącznie do określenia przedmiotowego zakresu audytów klinicznych, ponieważ kwestie dotyczące podmiotów uprawnionych do ich wykonywania (wewnętrznych i zewnętrznych), częstotliwości przeprowadzania audytów klinicznych (wewnętrznych) oraz trybu ich przeprowadzania zostały		

		zamieszczone w regulacji ustawowej (art. 33u – art. 33y ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe w brzmieniu nadanym nowelizacją). Zgodnie z art. 37 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2019 r. o zmianie ustawy – Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1593 oraz z 2020 r. poz. 284), rozporządzenie dotychczas regulujące m.in. kwestie audytów klinicznych zewnętrznych i wewnętrznych utraci moc obowiązującą z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia. Audyt kliniczny został zdefiniowany w ustawie z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (art. 3 pkt 1) jako „systematyczna kontrola lub przegląd medycznych procedur radiologicznych, mające na celu polepszenie jakości udzielanych pacjentowi świadczeń zdrowotnych poprzez usystematyzowaną analizę, w ramach której praktyka, procedury i wyniki radiologiczne są porównywane z uznanymi standardami oraz, w razie konieczności, modyfikację dotychczasowego postępowania lub wprowadzenie nowych standardów". Stosownie do ww. definicji „audytu klinicznego", projektowane przepisy określają zakres audytów klinicznych zewnętrznych i wewnętrznych w sposób pozwalający na osiągnięcie celów stanowiących istotę audytów, tj. co do zasady poprawę jakości udzielanych świadczeń medycznych z wykorzystaniem promieniowania jonizującego. Przyjęte zakresy audytów klinicznych wewnętrznych i zewnętrznych zostały oparte na dotychczas obowiązujących przepisach rozdziału 8. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej. W pewnym zakresie w każdej z dziedzin, w której audyty kliniczne są przeprowadzane przedmioty audytów będą ze sobą zbieżne – każdorazowo przedmiotem audytu będzie bowiem ocena zgodności procedur szczegółowych z procedurami wzorcowymi, czy też ocena sposobu postępowania z podstawową dokumentacją medyczną. Różnice pomiędzy określonymi w projektowanym rozporządzeniu przedmiotami audytów będą jednak również zależne od specyfiki konkretnych dziedzin, w których audyty będą przeprowadzane. Projektowane przepisy określają ponadto wzory raportów z przeprowadzonych audytów klinicznych wewnętrznych w poszczególnych zakresach, tj. w zakresie rentgenodiagnostyki, radioterapii oraz medycyny nuklearnej (załączniki nr 1–3), a także wzór raportu z audytu klinicznego zewnętrznego (załącznik nr 4).		
Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Określenie wzór formularza zgłoszenia poważnego incydentu.	Wejście w życie 21 grudnia 2022	https://dziennikustaw.gov.pl/D20

	z dnia 12 grudnia 2022 r. w sprawie wzoru formularza zgłoszenia poważnego incydentu		r.	22000268201.pdf
Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej	Celem projektowanego 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 zwiększenie dostępności do świadczeń gwarantowanych, które dotychczas nie były dostępne dla pacjentów w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a mają znaczenie dla poprawy zdrowia pacjentów. Obecnie przezskórna biopsja gruczołu krokowego (nakłucie przez krocze) oraz badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego są wykonywane bez znieczulenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej albo w znieczuleniu w warunkach leczenia szpitalnego, w przypadku gdy istnieje wskazanie do hospitalizacji. Należy podkreślić, iż pacjenci poddawani przezskórnej biopsji gruczołu krokowego w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej pomimo zastosowania znieczulenia miejscowego często odczuwają dolegliwości bólowe oraz dyskomfort. Badania tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (RM) należą do badań bezbolesnych, jednak w określonych przypadkach jest wskazane wykonywanie przedmiotowych procedur w znieczuleniu. Dzieci oraz osoby dorosłe, mające zaburzenia lękowe, zaburzenia psychiczne organiczne, upośledzenie umysłowe, bardzo często nie współpracują z personelem medycznym, co utrudnia lub uniemożliwia przeprowadzenie badania obrazowego. Część pacjentów podczas badania nie jest w stanie utrzymywać nieruchomej pozycji przez długi czas. Drżenie czy brak kontroli nad oddechem sprzyjają powstawaniu tzw. artefaktów ruchowych. W konsekwencji może to utrudniać postawienie prawidłowej diagnozy przez lekarza prowadzącego, ponadto spowodować konieczność powtórzenia badania z powodu nieczytelnych wyników oraz opóźnić podjęcie skutecznego leczenia. Wprowadzenie zmian do załącznika nr 7 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej polegających na: 1) poszerzeniu listy procedur, możliwych do wykonywania w znieczuleniu dożylnym, o przezskórną biopsję gruczołu krokowego oraz świadczenia	Wejście w życie 3 stycznia 2022 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000267801.pdf

		tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego; 2) określeniu kryteriów kwalifikacji do świadczeń tomografii komputerowej oraz świadczeń rezonansu magnetycznego w znieczuleniu dożylnym. Wykonywanie przezskórnej biopsji gruczołu krokowego oraz TK i RM w znieczuleniu dożylnym pozwoli na realizację przedmiotowych procedur w warunkach ambulatoryjnych w atmosferze komfortu oraz umożliwi prawidłowe wykonanie ww. badań u pacjentów niewspółpracujących z personelem medycznym. Ponadto, przedmiotowa zmiana przyczyni się do zmniejszenia liczby niezasadnych hospitalizacji wynikających z braku możliwości wykonywania ww. procedur medycznych w znieczuleniu w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.		
Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 r. w sprawie wzoru dokumentu „Prawo wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego”	Projekt rozporządzenia w sprawie wzoru dokumentu „Prawo wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego”, zwanego dalej „PWZDL”, stanowi realizację upoważnienia ustawowego określonego w art. 71 ust. 6 ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej. Projektowane przepisy mają na celu przygotowanie nowego wzoru dokumentu PWZDL. Wydanie rozporządzenia na podstawie upoważnienia zawartego w art. 71 ust. 6 ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej ma na celu określenie nowego wzoru PWZDL w postaci karty poliwęglanowej zabezpieczonej przed przerobieniem, podrobieniem oraz użyciem przez osobę nieuprawnioną w oparciu o nowoczesne technologie. Podstawę wydania dokumentu będzie stanowiła uchwała Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych o stwierdzeniu lub przyznaniu prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego. Stąd też w dokumencie zostaną zamieszczone dane dotyczące numeru i daty tej uchwały. W dokumencie PWZDL została także zawarta klauzula, iż jest on jedynym dokumentem, który potwierdza prawo wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej. Wyklucza ona ewentualne wątpliwości w tym zakresie. Wzór PWZDL, 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, PWZDL spełnia wymagania określone w ustawie z dnia 22 listopada 2018 r. o dokumentach publicznych (Dz. U. z 2022 r.	Wejście w życie 21 grudnia 2022 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000267601.pdf

		poz. 1394 i 1415) i posiada szereg zabezpieczeń zgodnych z przepisami tej ustawy. Dokumenty PWZDL wydane na podstawie dotychczasowych przepisów zachowają ważność.		
Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie nadania statutu Głównemu Inspektoratowi Sanitarnemu	Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 7 ust. 4 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Projekt rozporządzenia wprowadza zmiany w obecnej strukturze organizacyjnej Głównego Inspektoratu Sanitarnego, zwanego dalej „Inspektoratem", które mają na celu usprawnienie jego funkcjonowania w aspekcie skutecznego i nowoczesnego zarządzania projektami w Inspektoracie. Istota realizowanych projektów, ich złożoność oraz wpływ na jakość realizowanych zadań przez całą Państwową Inspekcję Sanitarną wymagają podjęcia działań ukierunkowanych na profesjonalizację modelu zarządzania projektami w Inspektoracie. Projekt rozporządzenia zakłada udoskonalenie organizacji wewnętrznej Inspektoratu pozwalającej na bardziej sprawne i efektywne realizowanie przedsięwzięć, których celem jest wdrażanie zmian oraz ulepszanie dotychczasowej działalności Inspektoratu oraz Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Powyższy problem można rozwiązać jedynie przez działanie legislacyjne. Projekt rozporządzenia przewiduje utworzenie Biura Zarządzania Projektami, które zapewni jednolite podejście oraz dobór odpowiedniej metodologii zarządzania, właściwej ze względu na specyfikę danego projektu.	Wejście w życie 1 stycznia 2023 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000267201.pdf
Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 r. w sprawie trybu przyznawania liczby dofinansowanych ze środków budżetu państwa miejsc szkoleniowych dla poszczególnych jednostek	Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 31 ust. 8 ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (Dz. U. poz. …), zwanej dalej „ustawą", zgodnie z którym minister właściwy do spraw zdrowia, określi, w drodze rozporządzenia tryb przyznawania liczby dofinansowanych ze środków ministra właściwego do spraw zdrowia, których jest dysponentem, miejsc szkoleniowych dla poszczególnych jednostek szkolących, które uzyskały akredytacje do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w poszczególnych dziedzinach medycyny laboratoryjnej. Celem projektu rozporządzenia jest uregulowanie trybu przyznawania liczby dofinansowanych ze środków budżetu państwa miejsc szkoleniowych dla poszczególnych jednostek szkolących w dziedzinach medycyny laboratoryjnej. Do dnia 1 grudnia roku poprzedzającego podział dofinansowanych miejsc	Wejście w życie 20 grudnia 2022 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000266901.pdf

	szkolących w dziedzinach medycyny laboratoryjnej	szkoleniowych, jednostki szkolące przekazują ministrowi właściwemu do spraw zdrowia informację o planowanej liczbie wolnych miejsc szkoleniowych na kolejny rok kalendarzowy. Na podstawie informacji przekazanych przez jednostki szkolące o liczbie wolnych miejsc szkoleniowych na kolejny rok kalendarzowy, minister właściwy do spraw zdrowia dokona podziału zgodnie z przekazaną przez jednostki szkolące informacją. W przypadku, gdy liczba wolnych miejsc szkoleniowych jest większa niż liczba miejsc dofinansowywanych w danym roku kalendarzowym minister właściwy do spraw zdrowia dokonuje proporcjonalnego podziału dofinansowanych miejsc specjalizacyjnych dla poszczególnych jednostek szkolących.		
Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy	Projektowane rozporządzenie wprowadza zmiany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia (Dz. U. poz. 166) wydanym na podstawie art. 227 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy. Powyższa nowelizacja rozporządzenia wynika ze zmiany przepisów ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 195 oraz z 2022 r. poz. 655 i 1700). Zgodnie z art. 17 w zw. z art. 20 ustawy z dnia 23 stycznia 2020 r. o zmianie ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 322 i 374), która spowodowała likwidację 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, a także 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, zadania te zostają przejęte przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej (PIS). Powyższa nowelizacja wprowadza także zmianę podstawy prawnej dla laboratoriów, które uzyskały certyfikat zgodności w trybie ustawy z dnia 13 kwietnia 2016 r. o systemach oceny zgodności i nadzoru rynku (Dz. U. z 2022 r. poz. 5 i 974) oraz ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. o systemie	Wejście w życie 2 stycznia 2023 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/DU/2022/2662

		oceny zgodności (Dz. U. z 2021 r. poz. 1344 oraz z 2022 r. poz. 974) w zakresie wykonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy. Powyższa nowelizacja polega na wskazaniu, że w przypadku likwidacji zakładu pracy, pracodawca niezwłocznie przekazuje rejestr oraz kartę właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu, a w odniesieniu do jednostek, o których mowa w art. 22a ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej właściwemu komendantowi wojskowego ośrodka medycyny prewencyjnej.		
Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2022 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 (Dz. U. z 2021 r. poz. 13 i 2470). Zgodnie z tym przepisem warunkowo dopuszczono możliwość stosowania dotychczasowego sposobu zgłaszania niepożądanego odczynu poszczepiennego, zwanym dalej „NOP", oraz korygowania zgłoszenia NOP, która polegała 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, lekarz lub felczer nie miał możliwości zgłaszania niepożądanego odczynu poszczepiennego w sposób w postaci elektronicznej. Obecnie przywołany przepis ogranicza możliwość stosowania dotychczasowego sposobu zgłaszania NOP oraz korygowania zgłoszenia NOP czasowo do dnia 31 grudnia 2022 r. Przesunięcie terminu zgłaszania NOP oraz korygowania zgłoszenia NOP do dnia 31 grudnia 2023 r. pozwali na przekazywanie elektronicznie zgłoszonych informacji również z systemów gabinetowych dla wszystkich	Wejście w życie 20 grudnia 2022 r	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000265801.pdf

		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 2024 r. możliwość zgłoszenia NOP dwoma kanałami: 1) we własnym systemie, który jest zintegrowany z P1; 2) w aplikacji gabinet.gov, w przypadku kiedy odbiorca nie ma swojego systemu.		
Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 r. w sprawie podziału kwoty środków finansowych w 2023 r. stanowiącej wzrost całkowitego budżetu na refundację	W związku ze wzrostem całkowitego budżetu na refundację w roku rozliczeniowym (2023 r.) w stosunku do całkowitego budżetu na refundację w roku poprzedzającym (2022 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,z późn. zm.) – w wysokości 817.632.000 zł.; 2) finansowanie przewidywanego wzrostu refundacji w wybranych grupach limitowych wynikającego ze zmian w Charakterystyce Produktu Leczniczego lub ze zmian praktyki klinicznej – w wysokości 500.000 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 3.769.951.000 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 efektu przez działania pozalegislacyjne. Wraz ze zwiększaniem całkowitego budżetu na refundację, wzrosną nakłady na refundację, umożliwiając tym samym sukcesywne zwiększanie dostępności pacjentów do świadczeń gwarantowanych.	Wejście w życie 1 stycznia 2023 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000265501.pdf
Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia	Wprowadzenie świadczenia „Telemetryczny nadzór nad pacjentami z implantowanymi urządzeniami wszczepialnymi” do wykazu świadczeń	Wejście w życie 30 grudnia 2022	https://dziennikustaw.gov.pl/D20

	z dnia 2 grudnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej	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 telemetrycznego nadzoru 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.	r.	22000264101.pdf
Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2022 r. w sprawie diagnostycznych poziomów referencyjnych	Projekt rozporządzenia w sprawie diagnostycznych poziomów referencyjnych stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 33g ust. 3 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 13 czerwca 2019 r. o zmianie ustawy – Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. poz. 1593 oraz z 2020 r. poz. 284). Zgodnie z tym upoważnieniem minister właściwy do spraw zdrowia określi diagnostyczne poziomy referencyjne, mając na względzie konieczność zapewnienia ich aktualności oraz bezpieczeństwo pacjentów poddawanych medycznym procedurom radiologicznym. Diagnostyczne poziomy referencyjne zostały zdefiniowane w znowelizowanej ustawie z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe (art. 3 pkt 6a) jako „poziom dawki w rentgenodiagnostyce i w radiologii zabiegowej lub, w przypadku produktów radiofarmaceutycznych, poziom aktywności tych produktów w odniesieniu do typowych badań diagnostycznych i zabiegów, którym poddawani są pacjenci o standardowej budowie ciała lub które przeprowadzane są na standardowych fantomach w odniesieniu do szeroko określonych kategorii	Wejście w życie 28 grudnia 2022 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000262601.pdf

		sprzętu". Konieczność określenia diagnostycznych poziomów referencyjnych w prawie krajowym wynika bezpośrednio z art. 56 ust. 2 wdrażanej dyrektywy 2013/59/Euratom ustanawiającej podstawowe normy bezpieczeństwa w celu ochrony przed zagrożeniami wynikającymi z narażenia na działanie promieniowania jonizującego oraz uchylającej dyrektywy 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom i 2003/122/Euratom (Dz. Urz. UE L 13 z 17.01.2014, z późn. zm.). Nowelizacja ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe, w ślad za wymaganiami ww. dyrektywy 2013/59/EURATOM, nałożyła na jednostki ochrony zdrowia obowiązek stosowania – podczas realizacji procedur szczegółowych – diagnostycznych poziomów referencyjnych dla badań rentgenodiagnostycznych, badań diagnostycznych z zakresu medycyny nuklearnej oraz z zakresu radiologii zabiegowej. Realizację obowiązku ustanowienia diagnostycznych poziomów referencyjnych w prawie krajowym proponuje się dokonać poprzez ich określenie na poziomie aktu wykonawczego do ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe, przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Jednocześnie ustawodawca zapewnił obowiązek dokonywania regularnych (nie rzadziej niż co 5 lat) przeglądów diagnostycznych poziomów referencyjnych przez wskazaną instytucję podległą temu ministrowi (Krajowe Centrum Ochrony Radiologicznej w Ochronie Zdrowia). Jednostka ta będzie sprawozdawać ministrowi właściwemu do spraw zdrowia ustalone na podstawie przeglądu wyniki. W konsekwencji dokonanego przeglądu minister odpowiedzialny za publikację diagnostycznych poziomów referencyjnych uzyska dane o ich aktualności (także z punktu widzenia dostępnych europejskich zaleceń w tym zakresie). W przypadku potrzeby aktualizacji wykazu diagnostycznych poziomów referencyjnych, minister właściwy do spraw zdrowia będzie mógł wydać nowe lub dokonać zmiany rozporządzenia obejmujące przedmiotowy wykaz zgodnie z wytycznymi określonymi w art. 33g ust. 3 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe.		
Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2022 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie monitorowania dzieci i młodzieży z pierwotnymi oraz wtórnymi niedoborami odporności, 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 wprowadzonego programu pilotażowego w zakresie monitorowania	Wejście w życie 14 grudnia 2022 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000260101.pdf

	monitorowania dzieci i młodzieży z pierwotnymi i wtórnymi niedoborami odporności	dzieci i młodzieży z pierwotnymi oraz wtórnymi niedoborami odporności, zwanego dalej „programem pilotażowym”, jest ocena przydatności wykorzystania innowacyjnego narzędzia wielofunkcyjnego do zdalnego monitorowania stanu zdrowia dzieci i młodzieży z pierwotnymi, a także wtórnymi niedoborami odporności, w tym po przebytym zakażeniu wirusem SARS-CoV-2, w ramach podstawowej opieki zdrowotnej i 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 przekazanych w ramach programu urządzeń) oraz etap ewaluacji programu pilotażowego (który obejmie ocenę działań objętych programem pilotażowym). Program pilotażowy przewiduje realizację wykonywanych za pomocą urządzeń wielofunkcyjnych świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Podmioty lecznicze będące realizatorami programu, otrzymają od ministra właściwego do spraw zdrowia innowacyjne urządzenia wielofunkcyjne, które następnie udostępnią świadczeniobiorcom. Zarówno wpływ realizacji świadczeń opieki zdrowotnej przy wykorzystaniu urządzenia wielofunkcyjnego do wstępnej diagnostyki jak i satysfakcja świadczeniobiorców z przeprowadzanego badania, będą w ramach ewaluacji programu pilotażowego oceniane na podstawie ankiet wypełnianych przez świadczeniobiorców i realizatorów programu pilotażowego, 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 1 200 świadczeniobiorców, przewiduje się możliwość wyboru wniosków z terytorium całego kraju, przy uwzględnieniu czynników takich jak data wpływu wniosku 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 600 urządzeń przeznaczonych do realizacji programu pilotażowego. Świadczeniobiorca będzie monitorowany przy użyciu innowacyjnego urządzenia wielofunkcyjnego przez okres trzech miesięcy, jednocześnie zgodnie z założeniami programu rekomendowane jest jedno pełne badanie kontrolne raz w miesiącu, w celu umożliwienia efektywnej diagnostyki. Zwiększenie ilości przeprowadzonych badań oraz wybór badań w ramach zestawu badań pozostawać będzie w gestii lekarza sprawującego opiekę nad świadczeniobiorcą. Natomiast w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia, po uruchomieniu aplikacji mobilnej do platformy DOM i podaniu informacji w zakresie objawów budzących niepokój, świadczeniobiorca otrzymuje do samodzielnego wykonania w domu rekomendowany zakres badań. Urządzenie podpowiada kolejność badań i wskazuje, czy pomiar jest dobrze wykonywany. Następnie wyniki badania wysyłane są do lekarza w celu postawienia rozpoznania.		
Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ustawicznego rozwoju zawodowego	Projekt rozporządzenia stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 66 ust. 10 ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (Dz. U. poz. 2280), zwanej dalej „ustawą”. Przedmiotem projektu rozporządzenia jest szczegółowe uregulowanie nałożonego ustawą obowiązku podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez osoby, o których mowa w art. 5 ustawy, przez uczestnictwo w ustawicznym rozwoju zawodowym, celem aktualizacji posiadanego zasobu wiedzy oraz stałego dokształcania się w zakresie nowych osiągnięć naukowych. Głównym celem projektu rozporządzenia jest szczegółowe uregulowanie nałożonego ustawą obowiązku podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez, osoby o których mowa w art. 5 ustawy tj.: techników analityki medycznej, osób posiadających tytuł zawodowy licencjata na kierunku analityka medyczna i osób posiadających tytuł zawodowy magistra lub magistra inżyniera na kierunkach przydatnych do wykonywania czynności medycyny laboratoryjnej, przez uczestnictwo w ustawicznym rozwoju zawodowym, celem aktualizacji posiadanego zasobu wiedzy oraz stałego dokształcania się w zakresie nowych osiągnięć naukowych. Projektowane przepisy określają wzór karty rozwoju zawodowego oraz liczbę punktów edukacyjnych za poszczególne formy ustawicznego rozwoju zawodowego, a także formy samokształcenia umożliwiające realizację ustawicznego rozwoju zawodowego. W załączniku nr 1 do rozporządzenia określono wzór karty rozwoju zawodowego dla osób, o których mowa w art. 5 ustawy. Natomiast w	Konsultacje publiczne	https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12367856/12941776/12941777/dokument597964.pdf

		załączniku nr 2 do rozporządzenia określono liczbę punktów edukacyjnych za poszczególne formy ustawicznego rozwoju zawodowego, wraz ze wskazaniem dokument, który potwierdza zrealizowanie danej formy. Dopełnienie ustawicznego rozwoju zawodowego polega na uzyskaniu w okresie edukacyjnym co najmniej 100 punktów edukacyjnych, w tym minimum 50 punktów edukacyjnych musi być uzyskanych w ramach form ustawicznego rozwoju zawodowego, o których mowa w § 3 pkt 1–6 rozporządzenia.		
Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów jest wykonaniem upoważnienia ustawowego zawartego art. 15l ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zwanej dalej „ustawą". Ustawa wprowadza nową podstawę prawną do wydania rozporządzenia, czego konsekwencją jest konieczność sporządzenia w całości nowego aktu prawnego w powyższej sprawie. Od dawna młodzi lekarze podkreślali mało elastyczną dla nich formę merytoryczną ramowego programu odbywania stażu podyplomowego, bez możliwości poznania od strony praktycznej realizacji zadań w innych dziedzinach medycyny niż wymienione w programie Powyższe wiąże się z faktem braku uwzględnienia w programie możliwości odbywania indywidualnego harmonogramu stażu podyplomowego. Protestowali również przed ograniczaniem ich stażu do prowadzenia wspólnie z opiekunem tylko 3 - 5 pacjentów, a także wskazywali konieczność przeniesienia części kursów odbywanych na poziomie specjalizacji do stażu podyplomowego, z uwagi na to, że nie każdy lekarz ma możliwość zaraz po studiach zakwalifikować się na specjalizację, a tematyka niektórych kursów przydaje się już na samym starcie pracy młodego lekarza. Lekarz i lekarz dentysta odbywa staż podyplomowy na podstawie umowy o pracę zawartej na czas określony w celu przygotowania zawodowego obejmującego realizację programu stażu podyplomowego. Dotychczasowe przepisy nie określały wzoru takiej umowy, w związku z czym w całym kraju umowy te były zawierane przez podmioty uprawnione do prowadzenia stażu podyplomowego w sposób niejednolity. Natomiast w przypadku przekształcenia, reorganizacji lub zmiany formy prawnej podmiotu prowadzącego staż, podmiot taki może nadal prowadzić staż lub staż cząstkowy, do czasu ponownego wpisu na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia stażu podyplomowego, jeżeli złoży marszałkowi województwa oświadczenie o spełnianiu warunków kadrowych i organizacyjnych określonych w art. 15c ust. 2 i 3 ustawy. Dotychczasowe	Konsultacje publiczne	https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12367700/12940708/12940709/dokument596202.pdf

		przepisy nie określały wzoru takiego oświadczenia, co skutkowało niejednokrotnie brakiem umieszczania w oświadczeniu podstawowych informacji dotyczących m.in. terminu przejęcia przez podmiot kontynuacji realizacji stażu podyplomowego. Ponadto, efekty odbytego stażu podyplomowego rejestrowane były w „Karcie stażu podyplomowego", co staje się mało praktyczne w sytuacji przechodzenia na systemy sprawozdawania elektronicznego, w tym odbywanych szkoleń. Rozporządzenie wydane na podstawie upoważnienia zawartego w art. 15l ustawy zostaje dostosowane do znowelizowanych przepisów ustawy. Nowością jest wprowadzenie do stażu podyplomowego spersonalizowanej ścieżki kształcenia. Ścieżka ta da możliwość wyboru młodemu lekarzowi odbycie, oprócz części obowiązkowej stażu, również szkolenia w nie więcej niż trzech innych wybranych przez niego dziedzinach medycyny, w nie więcej niż trzech podmiotach uprawnionych do prowadzenia stażu albo do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie medycyny. Intencją wprowadzenia ścieżki personalizowanej jest umożliwienie młodym lekarzom zapoznania się z pracą w dziedzinach będących w kręgu ich zainteresowania, celem podjęcia w przyszłości świadomego wyboru dalszej drogi zawodowej. Program stażu uwzględnia także dodatkowo tematykę zdrowia publicznego przeniesioną ze szkolenia specjalizacyjnego. Zgodnie z rekomendacją konsultantów krajowych w dziedzinach lekarsko-dentystycznych dotychczasowy staż z medycyny ratunkowej znajdujący się w programie stażu podyplomowego lekarza dentysty zamieniony zostaje na kurs medycyny ratunkowej z tematyką dostosowaną do potrzeb pracy lekarza dentysty. Przebieg stażu podyplomowego odnotowywany będzie za pomocą systemu elektronicznego w „Elektronicznej Karcie Stażu Podyplomowego", natomiast ocena organizacji stażu podyplomowego z punktu widzenia lekarzy stażystów będzie dokonywana za pomocą elektronicznej ankiety „Ocena stażu podyplomowego" Powyższe nowe propozycje powodują konieczność dokonania zmiany treści ramowego programu stażu podyplomowego oraz treści ankiet oceniających jakość realizacji stażu podyplomowego. Nastąpiła także rezygnacja z przepisu ograniczającego stażystę do prowadzenia 3 – 5 pacjentów, co daje możliwość zapoznania stażysty z pełnym zakresem świadczeń realizowanych w ramach danej części stażu. Rozporządzenie określa wzór umowy o pracę na czas określony do realizacji programu stażu oraz wzór oświadczenia o spełnianiu warunków organizacyjnych i kadrowych określonych w przepisach ustawy, stanowiące załączniki do rozporządzenia, co ujednolici		

		postępowanie związane z realizacją stażu podyplomowego. Stażyści, którzy rozpoczęli staż podyplomowy na podstawie dotychczasowych przepisów, odbywają go nadal zgodnie z dotychczasowymi przepisami.		
Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej	Projekt ma na celu dostosowanie przepisów § 12 ust. 8 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.), do nowego brzmienia przepisów art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Proponuje się dokonanie zmiany w § 12 ust. 8 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, który reguluje kwestie wystawiania świadczeniobiorcy w czasie trwania leczenia w zakładach leczniczych, w których jest wykonywana działalność lecznicza w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne, poprzez wyłączenie ze stosowania wystawiania zleceń na wyroby medyczne określone w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2555), wykonywanych na zamówienie.	Konsultacje publiczne	https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12367650/12940302/12940303/dokument595704.pdf
Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie badań na obecność alkoholu lub środków działających podobnie do alkoholu w organizmie pracownika	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie badań na obecność alkoholu lub środków działających podobnie do alkoholu w organizmie pracownika, zwany dalej „projektem rozporządzenia”, stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 221g ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy. W projekcie rozporządzenia proponuje się określenie: 1) warunków i metod przeprowadzania przez pracodawcę oraz przez uprawniony organ powołany do ochrony porządku publicznego lub zlecanych przez ten organ badań na obecność w organizmie pracownika: a) alkoholu, zwanych dalej „badaniami na obecność alkoholu”, b) środków działających podobnie do alkoholu, zwanych dalej „badaniami na obecność środków”; 2) sposobu dokumentowania badań przeprowadzanych lub zlecanych przez uprawniony organ powołany do ochrony porządku publicznego; 3) wykazu środków działających podobnie do alkoholu. Projekt rozporządzenia określa m.in. rodzaje badań, jakie mogą zostać wykonane w celu ustalenia zawartości alkoholu w organizmie, tj.: 1) badanie wydychanego powietrza przy użyciu urządzenia	Konsultacje publiczne	https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12367602/12940169/12940170/dokument595611.pdf

		elektronicznego dokonującego pomiaru stężenia alkoholu (analizatora wydechu) w wydychanym powietrzu metodą: a) spektrometrii w podczerwieni lub b) utleniania elektrochemicznego; 2) badanie krwi. W odniesieniu do badania krwi wskazano, że polega ono na przeprowadzeniu co najmniej dwóch analiz laboratoryjnych krwi pobranej z żyły osoby badanej: 1) metodą chromatografii gazowej z detektorem płomieniowo-jonizacyjnym i metodą spektrofotometryczną z użyciem dehydrogenazy alkoholowej (metodą enzymatyczną); 2) metodą chromatografii gazowej z detektorem płomieniowo-jonizacyjnym przy użyciu dwóch różnych warunków analitycznych. Projekt rozporządzenia określa również wykaz środków działających podobnie do alkoholu, którymi są: opioidy, amfetamina i jej analogi, kokaina, tetrahydrokanabinole, benzodiazepiny. W odniesieniu do badania na obecność tych środków wskazano, że obejmują one: 1) badanie przy użyciu metod niewymagających badania laboratoryjnego; 2) badanie krwi; 3) badanie moczu. Ponadto określono granice oznaczalności (LOQ) dla poszczególnych środków działających podobnie do alkoholu. W projektowanych przepisach określono także sposób postępowania z probówkami zawierającymi krew lub mocz do badań, w tym warunki dotyczące przechowywania oraz transportowania pobranych materiałów. Określono również jakiego rodzaju dane odnotowuje się w protokołach dokumentujących przeprowadzenie ww. badań.		
Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego	Obecnie jest obserwowany narastający problem związany z niedoborem kadry lekarskiej w podmiotach udzielających świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego. Proponowane zmiany mają na celu modyfikację przepisów w taki sposób, aby przy racjonalizacji wymagań dotyczących zatrudnienia personelu medycznego została zachowana dostępność do świadczeń oraz nie pogorszyła się ich jakość. Projekt rozporządzenia wprowadza zmiany w zakresie: 1) wprowadzenia definicji lekarza uzdrowiskowego w miejsce dotychczasowych definicji lekarza uzdrowiskowego osób dorosłych oraz lekarza uzdrowiskowego dzieci; 2) dopuszczenia możliwości zatrudnienia odpowiednio przeszkolonych	Skierowanie aktu do ogłoszenia	https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12367502/12939343/12939344/dokument594969.pdf

		lekarzy z I stopniem specjalizacji w dziedzinie klinicznej tożsamej lub pokrewnej z kierunkiem leczniczym uzdrowiska oraz lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej oraz odpowiednio przeszkolonego lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie klinicznej tożsamej lub pokrewnej z kierunkiem leczniczym uzdrowiska dla świadczeń udzielanych w warunkach sanatorium uzdrowiskowego lub świadczeń ambulatoryjnych; 3) określenia minimalnego czasu pracy lekarza prowadzącego leczenie przez dostosowanie do potencjału łóżkowego świadczeniodawcy zgłoszonego do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą; 4) racjonalizacji zakresu opieki lekarskiej i pielęgniarskiej bez niekorzystnego wpływu na jakość udzielanych świadczeń i bezpieczeństwo prowadzonych terapii; 5) racjonalizacji zasad specjalistycznego lekarskiego nadzoru nad zakładami przyrodoleczniczymi, przy jednoczesnym wprowadzeniu nadzoru nad bezpośrednim udzielaniem świadczeń w zakładzie przyrodoleczniczym przez specjalistę w dziedzinie fizjoterapii lub fizjoterapeutę posiadającego tytuł magistra z minimum 5-letnim stażem pracy; 6) dostosowania i podniesienia jakości warunków zakwaterowania (docelowe uchylenie przepisów umożliwiających zakwaterowanie pacjentów w pokojach bez pełnych węzłów sanitarnych). Oczekiwanym efektem proponowanych zmian jest przede wszystkim umożliwienie świadczeniodawcom pozyskania niezbędnego personelu do prowadzenia leczenia uzdrowiskowego co powinno korzystnie przełożyć się na jakość udzielanych świadczeń oraz pozytywnie wpłynąć na dostępność do świadczeń. Drugim oczekiwanym i docelowym efektem jest podniesienie standardu zakwaterowania pacjentów.		
Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie	Projektowane rozporządzenie wprowadza zmianę w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz. U. z 2022 r. poz. 392). Proponowana zmiana polega na wydłużeniu terminu dostosowania podmiotów leczniczych prowadzących szpitale do wymagań określonych w części normatywnej rozporządzenia, w zakresie rozdzielności oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dorosłych i dzieci oraz utrzymania kwalifikacji personelu medycznego. Analogiczna zmiana dotyczy również podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia	Wejście w życie 31 grudnia 2022 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000284101.pdf

	anestezjologii i intensywnej terapii	zdrowotne lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne w zakresie wyposażenia stanowisk znieczulenia. Wskazane powyżej podmioty lecznicze obowiązane będą dostosować się do ww. wymagań do dnia 31 grudnia 2023 r. W obowiązującym rozporządzeniu termin ten upływa w dniu 31 grudnia 2022 r. Projekt rozporządzenia wydłuża termin dostosowania do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, podmiotów leczniczych prowadzących szpitale oraz podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne, do dnia 31 grudnia 2023 r. W obowiązującym stanie prawnym termin ten upływa w dniu 31 grudnia 2022 r. Konieczność wydłużenia terminu dostosowania wynika przede wszystkim ze zróżnicowanego poziomu standardu wyposażenia ww. podmiotów wykonujących działalność leczniczą, jak również dostępności personelu medycznego, co stwarza zagrożenie ograniczenia poziomu zabezpieczenia dostępu do świadczeń. Przyjęcie zaproponowanego rozwiązania pozwoli na kontynuację działań dostosowawczych w tym zakresie przez podmioty nie spełniające wymagań określonych w rozporządzeniu.		
Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie potwierdzania znajomości języka polskiego koniecznej do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	Zgodnie z art. 11 ust. 1 pkt 15 ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej, zwanej dalej „ustawą”, osoba posiadająca kwalifikacje, o których mowa w art. 11 ust. 1 i 2 ustawy, zamierzająca wykonywać zawód diagnosty laboratoryjnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest obowiązana do wykazania się znajomością języka polskiego w mowie i w piśmie w zakresie koniecznym do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego. Zgodnie z art. 11 ust. 7 ustawy, minister właściwy do spraw zdrowia został upoważniony do wydania rozporządzenia określającego zakres znajomości języka polskiego w mowie i w piśmie koniecznej do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez osobę, posiadającą kwalifikacje, o których mowa w art. 11 ust. 1 i 2 ustawy, sposób przeprowadzania i potwierdzania pozytywnego złożenia egzaminu ze znajomości języka polskiego, organizowanego i przeprowadzanego przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych, oraz wzór zaświadczenia potwierdzającego pozytywne złożenie tego egzaminu oraz wysokość opłaty za egzamin. Zgodnie z art. 11 ust. 1 pkt 15 ustawy, diagnosta laboratoryjny	Konsultacje publiczne	https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12367453/12939147/12939148/dokument594851.pdf

		zamierzający wykonywać zawód na terenie Rzeczypospolitej Polskiej jest obowiązany do wykazania się znajomością języka polskiego w mowie i piśmie w zakresie koniecznym do wykonywania tego zawodu. Wysokość opłaty za egzamin z języka polskiego została ustalona na podstawie realnych kosztów przeprowadzenia egzaminu z języka polskiego uwzględniających m.in. wynagrodzenie członków komisji, koszty delegacji członków komisji egzaminacyjnej oraz koszty przygotowania materiałów egzaminacyjnych. W związku z tym, wymóg znajomości języka polskiego w mowie i w piśmie w zakresie koniecznym do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej ma na celu wyeliminowanie ryzyka związanego z wykonywaniem tego zawodu przez osoby nieposiadające odpowiednich kwalifikacji, a których działania mogłyby narazić obywateli na utratę życia lub zdrowia.		
Ustawa	Projekt ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego	Projekt ustawy wprowadza zmiany w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123), zwanej dalej „ustawą". Projektowane zmiany mają na celu m.in. wprowadzenie zmian w terminologii wykorzystanej w przepisach ustawy, która jest archaiczna i może przyczyniać się do stygmatyzacji osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi oraz w przepisach dotyczących stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Zmiany mają na celu również m.in. wykluczenie ewentualnych wątpliwości interpretacyjnych, doprecyzowanie kwestii dotyczących stron postępowania sądowego w sprawach o przyjęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi bez jej zgody do szpitala psychiatrycznego jak również jej wypisania, miejsca przeprowadzania rozprawy oraz inne drobne doprecyzowania przepisów ustawy. W projekcie proponuje się, aby informacja o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego zawierająca ocenę realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego sporządzana była za 3 ostatnie lata (nie za 2 lata jak obecnie). Jednocześnie zaproponowano odpowiedni przepis przejściowy. Proponuje się zastąpienie objaśnień pojęć „osoba z zaburzeniami psychicznymi" oraz „szpital psychiatryczny". Pojęcie osoby z zaburzeniami psychicznymi odnosić będzie się do osoby: 1) z zaburzeniami psychotycznymi (zmiana z osoby chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne)); 2) z niepełnosprawnością intelektualną (zmiana z osoby upośledzonej umysłowo);	Konsultacje publiczne	https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//2/12367401/12938760/12938761/dokument594598.pdf

		3) wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zaliczane są do zaburzeń psychicznych i wymagają świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia tej osoby w środowisku społecznym (zmiana z osoby wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym). Natomiast pojęcie „szpital psychiatryczny" oznaczać będzie szpital w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, z późn. zm.), w którym udzielane są świadczenia zdrowotne z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Zaproponowano także zdefiniowanie pojęcia psychoterapeuty, przez którego rozumieć należy osobę, która spełnia łącznie warunki określone dla osoby posiadającej certyfikat psychoterapeuty, o których mowa w przepisach w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień wydanych na podstawie art. 31d 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.) lub osobę, która jest specjalistą psychoterapii dzieci i młodzieży. Mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiego poziomu świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, z uwzględnieniem podmiotów działających na rynku w charakterze komercyjnym, proponuje się uzupełnienie przepisu art. 5 ustawy o ust. 2 i 3, w których określone zostaną odpowiednio: 1) zasada, że psychoterapię w ramach opieki, o której mowa w ust. 1, prowadzą wyłącznie psychoterapeuci oraz 2) definicja psychoterapii. Przewiduje się nadanie nowego brzmienia art. 14 ustawy, zgodnie z którym osoba z zaburzeniami psychicznymi leczona w szpitalu psychiatrycznym może uzyskać zgodę osoby kierującej oddziałem na okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisywania jej z zakładu, jeżeli nie zagraża to jej życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób. Dotychczasowe brzmienie przepisu wskazuje, że uzyskiwana jest zgoda ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) – analogiczna zmiana zaproponowana została w odniesieniu do art. 23 ust. 4 oraz 35 ust. 1 ustawy. Zaproponowano zmianę w odniesieniu do jednej z przesłanek do		

		zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi tj. poważne zakłócanie lub uniemożliwianie funkcjonowania zakładu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, innego zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej – zgodnie z projektem ma odnosić się ona do poważnego zakłócania lub uniemożliwiania funkcjonowania osób lub otoczenia podmiotu, w którym osoby te się znajdują. Proponuje się także wykreślić zobowiązanie dla kierownika jednostki do niezwłocznego informowania upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, która nie zatrudnia lekarza. Zobowiązanie to zaproponowano przenieść do nowododawanego przepisu ust. 5a. Zaproponowano także nadanie nowego brzmienia art. 18 ust. 10 w celu wyeliminowania wątpliwości interpretacyjnych związanych z rozpoczęciem biegu 3-dniowego terminu na dokonanie oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego. Zgodnie z zaproponowanym brzmieniem ocena nastąpi w terminie 3 dni od zakończenia stosowania przymusu. Projekt przewiduje również zmiany w przepisach ustawy dot. przedłużenia przez lekarza stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji dalsze przedłużenie jego stosowania na kolejne okresy. Brzmienie projektowanych przepisów ustawy stanowi, że po dwukrotnym przedłużeniu przez lekarza stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji dalsze przedłużenie jego stosowania na kolejne okresy, z których każdy nie może być dłuższy niż 6 godzin jest dopuszczalne wyłącznie po każdorazowym osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi przez lekarza oraz uzyskaniu opinii innego lekarza (dotychczasowe przepisy zakładają badanie przez lekarza psychiatrę i uzyskanie opinii innego lekarza psychiatry). Ponadto proponuje się, aby pomieszczenia przeznaczone do obserwacji osoby unieruchomionej wyposażano w instalację monitoringu umożliwiającą stały nadzór nad osobą z zaburzeniami psychicznymi w nim przebywającą oraz kontrolę wykonania czynności związanych z unieruchomieniem. Zgodnie z projektem ustawy jest przewidywana zmiana i uzupełnienie brzmienia przepisów dot. zgody na przyjęcie do szpitala osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej całkowicie wyraża sąd opiekuńczy właściwy ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby. Zmianie ulegną również		

		przepisy dotyczące przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody, przez wyeliminowanie konieczność zasięgnięcia w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry przy przyjęciu do szpitala osoby, na rzecz zasięgnięcia opinii drugiego lekarza. Powyższe ma na celu przyczynienie się do usprawnienia procedury przyjmowania do szpitala psychiatrycznego w omawianym trybie oraz wykluczenie trudności związanych z brakiem obecności drugiego lekarza, będącego psychiatrą. Liczba pacjentów, których mogłaby dotyczyć omawiana zmiana to ok. 9 tys. rocznie (szacunkowa liczba w 2021 r. – 9 tys., w I połowie 2022 r. 4 tys., szacunków dokonano na podstawie kodu przyjęcia 10 - przyjęcie przymusowe - przyjęcie przymusowe w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się hospitalizacji, określonego m.in. wart. 21 ust. 3, art. 23, 24 i 29 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.) Proponuje się jednoznaczne doprecyzowanie, że informowanie sądu opiekuńczego miejsca siedziby szpitala odnosi się do przyjęcia pacjenta bez zgody. Kolejna zaproponowana zmiana ma na celu określenie, że co do zasady rozprawa miałaby być przeprowadzana w szpitalu zaś odstępstwo od tej zasady możliwe byłoby wyłączenie w przypadku, kiedy przeprowadzenie rozprawy w szpitalu jest szczególnie utrudnione. Zaproponowano by w sprawach dotyczących przyjęcia bez zgody lub wypisania ze szpitala psychiatrycznego osoby przyjętej bez zgody uczestnikiem postępowania z mocy prawa był również szpital psychiatryczny. W projekcie zaproponowano także zmiany w katalogu osób, w stosunku do których osoby wykonujące czynności wynikające z ustawy są obowiązane do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym powezmą wiadomość w związku z wykonywaniem tych czynności, są zwolnione od obowiązku zachowania tej tajemnicy. Zaproponowano także dodanie przepisu zgodnie z którym jednostki organizacyjne pomocy społecznej, na wniosek kierownika podmiotu leczniczego, są obowiązane do przekazania informacji związanych z osobą przebywającą w szpitalu psychiatrycznym, mogących mieć znaczenie w procesie leczenia tej osoby. Zaproponowano także odpowiedni przepis przejściowy dotyczący utrzymania w mocy aktów wykonawczych wydanych na podstawie art. 7 ust. 3 oraz art. 49 ustawy.		
Rozporządzenie	Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 16 grudnia	Projekt ma na celu ograniczenie ryzyka związanego z wystąpieniem epidemii wywołanej nowym koronawirusem SARSCoV-2. W projekcie przewiduje się przedłużenie do dnia 31 marca 2023 r.	Wejście w życie 31 grudnia 2022 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000273601.pdf

	2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu zagrożenia epidemicznego	obowiązywania aktualnych ograniczeń, nakazów i zakazów określonych przepisami modyfikowanego aktu normatywnego, co jest uzasadnione: 1) aktualnie odnotowywaną liczbą nowych zakażeń wirusem SARS-CoV-2, jak również świadczeń opieki zdrowotnej (w tym w warunkach szpitalnych) udzielanych osobom zakażonym tym wirusem; 2) sytuacją w innych państwach, w szczególności sąsiadujących z Rzecząpospolitą Polską.		
Rozporządzenie	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie metody zapobiegania COVID-19	W związku z koniecznością podejmowania jak najszerszych i najskuteczniejszych działań związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 oraz realizacją przyjętego przez Radę Ministrów Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19, proponuje się dalsze rozszerzanie szczepień populacyjnych, zgodnie z którym następuje włączenie kolejnych grup osób, tj. dzieci które ukończyły 6. miesiąc życia, jako uprawnionych do szczepień przeciw COVID-19, realizowanych zgodnie z Narodowym Programem Szczepień przeciw COVID-19. Projektowane rozporządzenie zakłada rozszerzenie grupy dzieci, u których wykonywane będą szczepienia przeciw COVID-19, nadając uprawnienia osobom urodzonym w latach 2017–2022, tj. osobom, które najpóźniej w dniu przeprowadzenia szczepienia ukończyły 6 miesiąc życia.	Wejście w życie 15 grudnia 2022 r., z mocą obowiązującą od 12 grudnia 2022 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000262701.pdf
Rozporządzenie	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w	Zgodnie z obowiązującym brzmieniem § 13 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 października 2017 r. w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (Dz. U. z 2021 r. poz. 504 oraz z 2022 r. poz. 1043), zwanym dalej „rozporządzeniem”, biorcy krwi lub jej składników są obowiązkowo hospitalizowani i obserwowani przez 24 godziny po przetoczeniu. Powyższe nie znajduje często uzasadnienia, jest niepraktyczne i zwiększa obłożenie oddziałów szpitalnych przetaczających krew i jej składniki oraz utrudnia dostęp do tych świadczeń dla pacjentów wymagających regularnego przetaczania krwi, np. hematoonkologicznych. Drugim rozwiązywanym problemem jest kwestia braku możliwości zapewnienia w pracowniach wykonujących badania z zakresu	Konsultacje publiczne	https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12367202/12937138/12937139/dokument593314.pdf

	rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne	immunologii transfuzjologicznej obsady wyłącznie przez diagnostów laboratoryjnych, dlatego w projekcie wprowadzono również możliwość samodzielnego wykonywania badań z zakresu immunologii transfuzjologicznej (bez możliwości autoryzowania wyników tych badań) dla osób posiadających tytuł zawodowy magistra w zakresie biologii, biologii medycznej, mikrobiologii, mikrobiologii medycznej, oraz magistra lub magistra inżyniera w zakresie biotechnologii lub biotechnologii medycznej. Skrócenie czasu obserwacji do 12 godzin oraz hospitalizacji biorców krwi i jej składników zmniejszy obłożenie podmiotów leczniczych wykonujących procedurę przetaczania. Zwiększy również dostępność szpitali dla pacjentów (zarówno leczonych krwią jak i wymagających innego leczenia). Zmiana rozporządzenia jest również odpowiedzią na zmiany zachodzące na rynku pracy. Obecnie bowiem nie są już szkoleni technicy analityki, a rynek pracy zasilają diagności laboratoryjni, absolwenci studiów wyższych magisterskich. Obserwowane jest zanikanie grupy zawodowej techników analityki medycznej. Rozwiązaniem powyższego problemu jest rozszerzenie katalogu osób samodzielnie wykonujących te badania, po przeszkoleniu w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi i zdobyciu uprawnień do wykonywania badań immunohematologicznych. Autoryzacja wyników badań nadal byłaby wykonywana w dalszym ciągu przez diagnostów laboratoryjnych lub lekarzy posiadających stosowne zaświadczenie.		
Uchwała	Projekt uchwały Rady Ministrów zmieniającej uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Drugi etap budowy Centrum Kliniczno-Dydaktycznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi wraz z	Aktualizacja programu wieloletniego pod nazwą „Drugi etap budowy Centrum Kliniczno-Dydaktycznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi wraz z Akademickim Ośrodkiem Onkologicznym”, zwanego dalej „Programem”, wynika ze wzrostu wartości kosztorysowej Programu z kwoty 576 485 tys. zł do kwoty 626 985 tys. zł, zmian w wysokości finansowania z części 46 – Zdrowie w poszczególnych latach realizacji, z pozostawieniem nakładów ze środków budżetu państwa na niezmienionym poziomie 453 694 tys. zł, zmian w wysokości finansowania ze środków własnych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, zwanego dalej „Inwestorem”, polegających na zwiększeniu z kwoty 82 791 tys. zł do kwoty 128 791 tys. zł, zmian w wysokości finansowania ze środków Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, zwanego dalej „CSK”, z kwoty 40 000 tys. zł do kwoty 44 500 tys. zł, przy jednoczesnej aktualizacji wydatkowania środków Uczelni i CSK w latach.	Planowany termin przyjęcia projektu przez RM: IV kwartał 2022 r.	https://www.gov.pl/web/premier/projekt-uchwaly-rady-ministrow-zmieniajacej-uchwale-w-sprawie-ustanowienia-programu-wieloletniego-pod-nazwa-drugi-etap-budowy-centrum-kliniczno-dydaktycznego-uniwersytetu-medycznego-w-lodzi-wraz-z-akademickim-osrodkiem-onkologicznym5

	Akademickim Ośrodkiem Onkologicznym”	Wprowadzone zmiany wynikają z sytuacji na rynku usług budowlanych, w tym wzrostu cen na usługi budowlane, a w związku z tym wzrostem nakładów inwestycyjnych oraz konieczności weryfikacji i korekt zakresu rzeczowo-finansowego inwestycji oraz wsparcia finansowego programu przez zaangażowanie dodatkowych środków własnych Inwestora i CSK. W zakresie Programu niezbędne są: 1) aktualizacja wartości kosztorysowej inwestycji z kwoty 576 485 tys. zł do kwoty 626 985 tys. zł; 2) zmiany okresu realizacji inwestycji z lat 2018–2023 na lata 2018–2025; 3) zwiększenie nakładów ze środków własnych Uczelni z kwoty 82 791 tys. zł do kwoty 128 791 tys. zł; 4) zwiększenie nakładów ze środków CSK z kwoty 40 000 tys. zł do kwoty 44 500 tys. zł; 5) zmiany w wysokości finansowania projektu z części 46 – Zdrowie w poszczególnych latach realizacji, z pozostawieniem nakładów ze środków budżetu państwa na niezmienionym poziomie; 6) aktualizacja zakresu rzeczowego inwestycji; 7) zmiany w miernikach stopnia realizacji programu wieloletniego, jakim jest udział zrealizowanego zakresu rzeczowego, liczony narastająco w okresach rocznych z uwzględnieniem wagi prac; 8) zmiany szacunkowe parametrów inwestycji związane z weryfikacją i skorygowaniem zakresu rzeczowego w celu uzyskania najlepszych efektów rzeczowych z możliwych do zapewnienia nakładów. Pozwoli to na właściwą realizację zadania inwestycyjnego i uzyskanie zakładanego efektu w postaci stworzenia jednostki świadczącej nowoczesne, racjonalne i skuteczne leczenie oraz zapewniającej najwyższy poziom wykształcenia i kompetencji kadr medycznych skupionych na aktualnych i przewidywanych potrzebach epidemiologicznych regionu i kraju: onkologii, geriatrii, neurologii oraz ginekologii, położnictwa, neonatologii i opieki koordynowanej.		
Uchwała	Projekt uchwały Rady Ministrów zmieniającej uchwałę w sprawie	Projekt uchwały wprowadza zmianę programu wieloletniego pod nazwą „Przebudowa i rozbudowa Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie”, zwanego dalej „Programem”, w zakresie rzeczowo-finansowym, w tym: zmianę wartości kosztorysowej inwestycji z kwoty 406 891 tys. zł do kwoty 419 606 tys. zł	Planowany termin przyjęcia projektu przez RM: IV kwartał 2022	https://www.gov.pl/web/premier/projekt-uchwaly-rady-ministrow-zmieniajacej-uchwale-w-sprawie-ustanowienia-programu-

	ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Przebudowa i rozbudowa Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie”	oraz harmonogramu finansowania Programu, zmianę okresu realizacji inwestycji z lat 2016□2022 na lata 2016□2023, przy zaplanowaniu okresu zagospodarowania obiektu na 2024 r. oraz wyłączenie z Programu Zadania V. Dostosowanie jednostek organizacyjnych nieobjętych inwestowaniem w zadaniach I-IV – z uwagi na brak możliwości realizacji zamierzonego celu, tj. sprzedaży nieruchomości. 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 zweryfikował możliwości realizacyjne Programu i skorygował zakres rzeczowo-finansowy. Wprowadzone zmiany pozwolą na właściwą realizację Programu i uzyskanie zakładanego efektu w postaci stworzenia warunków do poprawy jakości udzielania świadczeń zdrowotnych i realizacji zadań dydaktyczno-naukowych Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego 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. Kwota niezbędna dla zabezpieczenia realizacji Programu ze środków MZ w 2023 r. mieści się w limicie określonym w projekcie ustawy budżetowej na 2023 r. w zakresie inwestycyjnych programów wieloletnich. Celem projektowanej uchwały jest zmiana Programu w zakresie: 1. Wydłużenie terminu realizacji zakresu Programu □ na okres 2016□2023 oraz wprowadzenie okresu zagospodarowania obiektu na 2024 r. □ z uwagi na ustalony w umowie z wykonawcą termin zakończenia budowy obiektu oraz pozostały zakres prac związanych z zagospodarowaniem terenu, komunikacją i zielenią. 2. Wyłączenie z Programu Zadania V. Dostosowanie jednostek organizacyjnych nieobjętych inwestowaniem w zadaniach I–IV – z uwagi na brak możliwości realizacji zamierzonego celu tj. sprzedaży nieruchomości. Brak ofert w przeprowadzonej procedurze sprzedaży nieruchomości wynika z ograniczonego zainteresowania na rynku nieruchomości, spowodowanego sytuacją gospodarczą i kryzysem na rynku budowlanym, jak również z faktu, iż nieruchomość znajduje się w strefie objętej ochroną zabytków i nie jest objęta planem zagospodarowania przestrzennego co pozbawia ją cech atrakcyjności z komercyjnego punktu widzenia. Ze względu na wyłączenie tego zadania z Programu, Realizator zwiększy nakłady z własnych środków o wielkość	r.	wieloletniego-pod-nazwa-przebudowa-i-rozbudowa-samodzielnego-publicznego-szpitala-klinicznego-nr-1-uniwersytetu-medycznego-w-lublinie

		nakładów z budżetu państwa poniesionych na zadanie V na zakup nieruchomości i przeznaczy je na roboty budowlano – instalacyjne zadania III. Zespół obiektów i budynków przy ul. Staszica 16. 3. Zwiększenie wartości kosztorysowej Programu z kwoty 406 891 tys. zł do kwoty 419 606 401 zł w ramach zwiększenia wysokości środków własnych w wysokości 12 615 tys. zł i środków budżetu państwa w wysokości 100 tys. zł. Wniesienie dodatkowych środków na realizację robót budowlanych związane jest m.in. z pokryciem uznanego roszczenia wykonawcy robót z uwagi na znaczny wzrost cen materiałów i usług budowlanych z tytułu wystąpienia takich okoliczności jak pandemia wywołana wirusem SARS-CoV-2 i agresja rosyjska na Ukrainę, wystąpieniem robót dodatkowych, zabezpieczeniem środków na prace związane z zagospodarowaniem terenu w tym rozbiórki starych obiektów i koniecznością zakończenia realizacji inwestycji priorytetowej – budowy obiektu G-16, realizowanej w ramach Zadania III. Aktualizacja pozwoli na właściwą realizację Programu 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 Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego 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.		
Uchwała	Projekt uchwały Rady Ministrów zmieniającej uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Wieloletni Plan Inwestycyjny – budowa, przebudowa, modernizacja infrastruktury	Zmiana programu wieloletniego pod nazwą „Wieloletni Plan Inwestycyjny – budowa, przebudowa, modernizacja infrastruktury Narodowego Instytutu Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego – Państwowego Instytutu Badawczego w celu zwiększenia dostępności i jakości wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych dla pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego”, zwanego dalej „Programem”, ma na celu aktualizację zakresu rzeczowego tego Programu oraz harmonogramu finansowania w latach 2021 i 2022 oraz 2024 i 2025. Aktualizacja finansowania z budżetu państwa polega na wprowadzeniu zmiany: 1) w 2021 r. z kwoty 26 564 tys. zł na kwotę 25 234 tys. zł; 2) w 2022 r. z kwoty 69 291 tys. zł na kwotę 23 264 tys. zł; 3) w 2024 r. z kwoty 71 708 tys. zł na kwotę 104 493 tys. zł; 4) w 2025 r. z kwoty 48 634 tys. zł na kwotę 63 206 tys. zł.	Planowany termin przyjęcia projektu przez RM: IV kwartał 2022 r.	https://www.gov.pl/web/premier/projekt-uchwaly-rady-ministrow-zmieniajacej-uchwale-w-sprawie-ustanowienia-programu-wieloletniego-pod-nazwa-wieloletni-plan-inwestycyjny--budowa-przebudowa-modernizacja-infrastruktury-narodowego-instytutu-kardiologii-kardynala-wyszynskiego--panstwowego-instytutu-badawczego-w-celu-zwiekszenia-

	Narodowego Instytutu Kardiologii Kardynała Wyszyńskiego – Państwowego Instytutu Badawczego w celu zwiększenia dostępności i jakości wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych dla pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego”	Brak możliwości wydatkowania przez Inwestora kwoty środków budżetu państwa planowanej na 2021 r. i 2022 r. w pełnej wysokości wynikał przede wszystkim z sytuacji epidemicznej w kraju związanej z pandemią COVID-19. Realizując Program w okresie pandemii COVID-19, Instytut napotkał na szereg nieprzewidzianych czynników zewnętrznych mających istotny wpływ na terminową realizację zadań inwestycyjnych i pełne wykorzystanie środków finansowych. Aktualizacja zakresu rzeczowego Programu polega na: 1) ograniczeniu zadań objętych inwestycją; 2) zmianie zakresu i nazw dwóch zadań; 3) zmianie powierzchnii objętej inwestycją. Ograniczenie zadań objętych inwestycją jest związane ze zmianą kosztów realizacji robót budowlanych w stosunku do 2019 r. i koniecznością dostosowania zakresu rzeczowego do zadań możliwych do realizacji w ramach zabezpieczonych środków. W następstwie ograniczenia zadań nastąpiła zmiana powierzchnii objętej inwestycją. Zmiana nazw zadań wynika z docelowego zakresu prac inwestycyjnych. Istotą rozwiązań jest zmiana Programu w zakresie: 1) zmian wysokości finansowania z części 46 – Zdrowie w latach 2021 i 2022 oraz 2024 i 2025; 2) aktualizacji zakresu rzeczowego Programu (ograniczenie zadań objętych inwestycją, zmiana nazw zadań oraz powierzchnii objętej inwestycją). Powyższe zmiany pozwolą na właściwą realizację Programu oraz wpłyną korzystnie na realizację celu Programu, jakim jest zwiększenie dostępności, jakości i kompleksowości wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych dla pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego, przez stworzenie warunków do realizacji nowoczesnego, racjonalnego i skutecznego leczenia w wyniku budowy, przebudowy i modernizacji infrastruktury.		dostepnosci-i-jakosci-wysokospecjalistycznych-swiadczen-zdrowotnych-dla-pacjentow-z-chorobami-ukladu-sercowo-naczyniowego
Uchwała	Uchwała nr 263 Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2022 r. zmieniająca uchwałę w sprawie ustanowienia programu	Wprowadzenie zmian wynika z przyczyn niezależnych od inwestora i konieczności dostosowania zapisów uchwały nr 128/2021 Rady Ministrów z dnia 5 października 2021 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Podniesienie jakości i dostępności świadczeń medycznych w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus” (M.P. poz. 1060) do harmonogramu realizacji programu wieloletniego pod nazwą „Podniesienie jakości i dostępności świadczeń medycznych w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym	Wejście w życie 31 grudnia 2022 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/M2022000128401.pdf

	wieloletniego pod nazwą „Podniesienie jakości i dostępności świadczeń medycznych w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus”	Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus”, zwanego dalej „Programem”, oraz do procedowanej ustawy budżetowej na 2023 r. Zmiany w zakresie terminu rozpoczęcia przedsięwzięcia oraz w kwotach planowanych do wydatkowania w kolejnych latach realizacji inwestycji, wynikają z terminu rozpoczęcia realizacji Programu, przypadającego na I połowę 2022 r., tj. po podpisaniu umowy na jego realizację (umowa została podpisana w lutym 2022 r.). Zmiany te są również wynikiem analizy wykonalności rzeczowej i finansowej przedsięwzięcia w kolejnych latach. Inwestor zweryfikował możliwości realizacji zaplanowanego w poszczególnych latach zakresu rzeczowego, a tym samym możliwych do wydatkowania środków z budżetu państwa z części 46-Zdrowie, zaplanowanych w poszczególnych latach realizacji Programu. Wprowadzenie zmian wynika z konieczności dostosowania zapisów uchwały do harmonogramu realizacji inwestycji oraz do procedowanej ustawy budżetowej na 2023 r. Celem projektowanej uchwały Rady Ministrów jest zmiana Programu w zakresie: 1) aktualizacji terminu rozpoczęcia realizacji programu z 2021 r. na 2022 r.; 2) zmian w wysokości finansowania z części 46 – Zdrowie w latach 2022–2024; 3) zaktualizowania realizacyjnego harmonogramu. Pozwoli to na właściwą realizację zadania inwestycyjnego i uzyskanie zaplanowanego efektu rzeczowego inwestycji w postaci wybudowania nowoczesnego obiektu szpitalnego i utworzenia w nim skonsolidowanego Centrum Transplantacyjnego, zmodernizowanej Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, przebudowanego budynku na potrzeby Klinik Dermatologii i Wenerologii oraz Kliniki Dermatologicznej wraz z AOS, oraz zmodernizowanej infrastruktury objętej Programem (sieci, nawierzchnie asfaltowe, ciągi piesze i komunikacyjne) Zakładu Leczniczego UCK WUM – Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus. Realizacja Programu umożliwi poprawę standardów jakości udzielania świadczeń zdrowotnych, stworzy warunki do rozwoju nowoczesnego, racjonalnego, kompleksowego leczenia kształtowanego zmieniającymi się potrzebami epidemiologicznymi i demograficznymi regionu oraz umożliwi realizację zadań dydaktyczno-naukowych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.		
Uchwała	Projekt uchwały	Aktualizacja Programu wieloletniego pod nazwą „Wieloletni program	Planowany	https://www.gov.pl/web/premier/

	Rady Ministrów zmieniającej uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Wieloletni program inwestycji w zakresie rewitalizacji i rozbudowy Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego – etap I”	inwestycji w zakresie rewitalizacji i rozbudowy Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego – etap I”, zwanego dalej „Programem”, w zakresie: 1) wydłużenia okresu realizacji programu o 3 lata, tj. do 2028 r.; 2) zmian w wysokości finansowania z części 46 – Zdrowie w latach 2020–2028; 3) aktualizacji wysokości finansowania ze środków Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014–2020; zwanego dalej: „POIiŚ”, z kwoty 19 295 tys. zł do kwoty 22 283 tys. zł oraz nakładów w poszczególnych latach; 4) przesunięcia finansowania w ramach środków własnych z 2025 r. na 2028 r.; 5) zwiększenia wartości kosztorysowej Programu z kwoty 872 052 tys. zł do kwoty 875 040 tys. zł w wyniku uaktualnienia nakładów ze środków POIiŚ; 6) zaktualizowania zakresu rzeczowego i harmonogramu realizacyjnego; 7) usunięcia rozdziału dotyczącego rozwoju Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w zakresie terapii protonowej – ponieważ ma on dotyczyć kolejnego etapu realizacji rewitalizacji i rozbudowy instytutu i nie dotyczy zakresu tego projektu. Przyczyny niezależne od Inwestora, tj. 1) Sytuacja pandemiczna, której ogłoszenie zbiegło się z rozpoczęciem inwestycji, spowodowała wydłużenie procedur administracyjnych, brak dostępności materiałów budowlanych i elementów wyposażenia technicznego przez zakłócenie światowych łańcuchów dostaw, wysoką inflację oraz brak dostępności siły roboczej. Problemy te uniemożliwiają wydatkowanie dotacji przyznanej na 2022 r. 2) Obecna sytuacja gospodarcza, zarówno w kraju jak i za granicą, oraz związane z nią szeroko pojęte wyzwania na wielu płaszczyznach spowodowały konieczność dostosowania harmonogramu oraz budżetu Programu do obecnych warunków ekonomiczno-gospodarczych i wpłynęły na brak możliwości wydatkowania w pełnej wysokości środków budżetu państwa zaplanowanych na 2020 r. Został wydłużony harmonogram realizacji zadania inwestycyjnego i wydatkowania środków budżetowych, zgodnie z założonym planem na poszczególne lata jego realizacji, co skutkuje również koniecznością wydłużenia okresu realizacji Programu o trzy lata, tj. do 31 grudnia 2028 r. Po przeprowadzeniu ponownej analizy ryzyk w zakresie zarządzana	termin przyjęcia projektu przez RM: IV kwartał 2022 r.	projekt-uchwaly-rady-ministrow-zmieniajacej-uchwale-w-sprawie-ustanowienia-programu-wieloletniego-pod-nazwa-wieloletni-program-inwestycji-w-zakresie-rewitalizacji-i-rozbudowy-narodowego-instytutu-onkologii-im-marii-sklodowskiej-curie--panstwowego-instytutu-badawczego--etap-i

		inwestycją, obszar planowanych działań oraz ich efektów rzeczowych został zweryfikowany i zaktualizowany w celu zrealizowania pierwotnych założenia Programu Wieloletniego. Zakres inwestycji zakłada kontynuację dotychczasowych prac budowlanych oraz ograniczenie budowy nowego budynku szpitalnego do powierzchni do wysokości nakładów z budżetu państwa określonych w uchwale nr 95/2019 Rady Ministrów z dnia 10 września 2019 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Wieloletni program inwestycji w zakresie rewitalizacji i rozbudowy Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego – etap I”. Celem projektowanej uchwały Rady Ministrów jest zmiana Programu w zakresie: 1) wydłużenia okresu realizacji programu do 2028 r.; 2) zmian w wysokości finansowania z części 46 – Zdrowie w latach 2020–2028; 3) aktualizacji wysokości finansowania ze środków POIiŚ z 19 295 tys. zł do kwoty 22 283 tys. zł oraz nakładów w poszczególnych latach; 4) przesunięcia finansowania w ramach środków własnych z 2025 r. na 2028 r.; 5) zwiększenia wartości kosztorysowej Programu z kwoty 872 052 tys. zł do kwoty 875 040 tys. zł w wyniku uaktualnienia nakładów ze środków POIiŚ; 6) zaktualizowania zakresu rzeczowego i harmonogramu realizacyjnego; 7) usunięcia rozdziału dotyczącego rozwoju Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w zakresie terapii protonowej. Pozwoli to na właściwą realizację zadania inwestycyjnego i uzyskanie efektu poprzez kompleksową rewitalizację i rozbudowę istniejącej infrastruktury Instytutu w celu rozwoju i doskonalenia systemu opieki zdrowotnej, zwiększenia dostępności świadczeń dla pacjentów, utrzymania niezbędnego zabezpieczenia poziomu i jakości świadczeń w zakresie onkologii w odpowiedzi na wzrost zapotrzebowania wynikający z prognozowanej sytuacji demograficzno-epidemiologicznej.		
Uchwała	Projekt uchwały Rady Ministrów zmieniającej uchwałę w sprawie przyjęcia	Przedłożenie przedmiotowego projektu uchwały ma na celu zaktualizowanie harmonogramu wdrażania Narodowej Strategii Onkologicznej, zwanej dalej „NSO” albo „Strategią”, na 2022 r., przez zmianę uchwały nr 184/2021 Rady Ministrów z dnia 21 grudnia 2021 r. w sprawie przyjęcia harmonogramu wdrażania Narodowej Strategii	Planowany termin przyjęcia projektu przez RM: IV kwartał 2022	https://www.gov.pl/web/premier/projekt-uchwaly-rady-ministrow-zmieniajacej-uchwale-w-sprawie-przyjecia-harmonogramu-

	harmonogramu wdrażania Narodowej Strategii Onkologicznej na 2022 r.	Onkologicznej na 2022 r. Zgodnie z art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 26 kwietnia 2019 r. o Narodowej Strategii Onkologicznej, zwanej dalej „ustawą", Strategia jest realizowana w oparciu o harmonogram jej wdrażania, obejmujący okres roku kalendarzowego. W związku z pandemią COVID-19 i koniecznością niwelowania jej skutków, realizacja kilku zadań rozpoczętych w latach poprzednich i nie ujętych pierwotnie w harmonogramie wdrażania NSO na 2022 r. wymaga kontynuacji w roku bieżącym, a w związku z tym dodania do harmonogramu na 2022 r. Ponadto, niektóre z zadań przewidzianych w harmonogramie do realizacji w 2022 r. nie zostały rozpoczęte w wyznaczonym czasie, w związku z czym konieczne jest ich usunięcie z harmonogramu na 2022 r., a następnie, uwzględnienie w harmonogramach wdrażania NSO w latach kolejnych. Projektowana uchwała przewiduje także modyfikację brzmienia dziewięciu zadań, w sposób odzwierciedlający zaplanowaną, faktyczną formę oraz zakres ich realizacji, będący wynikiem wielostronnych ustaleń i podjętych decyzji uwzględniających aktualne potrzeby i możliwości ich wykonania, przy jednoczesnym zachowaniu spójności merytorycznej z treścią określoną w Strategii. Wprowadzenie powyższych zmian we wskazanym dokumencie podyktowane jest koniecznością uporządkowania informacji na temat realizowanych w ramach NSO zadań, przy uwzględnieniu faktycznego stanu ich implementacji, zgodnie z wiedzą na IV kwartał 2022 r. Celem zachowania spójności terminów i zakresów działań realizowanych w ramach Strategii, równolegle procedowany jest projekt uchwały zmieniającej uchwałę w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030. W załączniku do projektu uchwały zostały dodane następujące zadania: 1.1. Prowadzenie prac nad nowelizacją standardów kształcenia na studiach dla kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego w sposób gwarantujący zdobycie umiejętności związanych z profilaktyką onkologiczną i wczesnym wykrywaniem nowotworów złośliwych oraz opieką nad osobami w trakcie i po zakończonym leczeniu przeciwnowotworowym. 1.9. Przygotowanie rozwiązań legislacyjnych w sprawie umiejętności lekarskich, które pozwolą na certyfikowanie konkretnych czynności profilaktycznych, diagnostycznych i terapeutycznych.	r.	wdrazania-narodowej-strategii-onkologicznej-na-2022-r2

		1.11. Zmiana programu stażu podyplomowego dla lekarzy wprowadzającego obowiązkowe szkolenia z profilaktyki onkologicznej, walki z bólem oraz komunikacją pomiędzy lekarzem a pacjentem i jego rodziną, w tym zagadnień związanych z trudną diagnozą, proponowaniem i omawianiem procesów terapeutycznych, informowaniem o stanie zdrowia pacjenta. 6.1. Modyfikacja programu profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc POChP) celem dostosowania do wyzwań określonych w mapach potrzeb zdrowotnych. 8.1. Opracowanie rozwiązań mających na celu wdrożenie narzędzi motywacyjnych dla zespołów POZ mające na celu objęcie „lokalnych" populacji osób z grup podwyższonego ryzyka badaniami przesiewowymi. 11.2. Przygotowanie rozwiązań legislacyjnych w celu wprowadzenia testu FIT jako testu alternatywnego dla kolonoskopii, finansowanego ze środków publicznych (NFZ). 11.3. Prowadzenie programu opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na wybrane nowotwory złośliwe oraz wprowadzenie finansowania ze środków publicznych (NFZ) programów opieki. 11.4. Wprowadzenie finansowania ze środków publicznych (NFZ) badań przesiewowych w kierunku wykrywania raka jelita grubego. 18.1. Realizacja szkoleń z zakresu wdrażania standardów akredytacyjnych oraz przeprowadzenie przeglądów akredytacyjnych pracowni/zakładów patomorfologii. W załączniku do uchwały usunięto następujące zadania: 1.6. Rozpoczęcie kampanii informacyjnej dedykowanej podmiotom leczniczym związaną ze zwiększeniem liczby miejsc szkoleniowych w dziedzinach onkologicznych oraz w dziedzinach współpracujących z lekarzami onkologami. 1.10. Rozpoczęcie, przy udziale uprawnionych podmiotów, certyfikacji co najmniej 20 umiejętności związanych z profilaktyką, diagnostyką i terapią onkologiczną. 10.1. Realizacja pilotażu metod zwiększania udziału w badaniach profilaktycznych mammograficznych i cytologicznych (w wybranych województwach/regionach). W załączniku do projektu uchwały zmieniono brzmienia następujących zadań:		

		4.1. z Rozpoczęcie procesu szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) dziewcząt w wieku dojrzewania na Przygotowanie rozwiązań legislacyjnych celem rozpoczęcia procesu szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV). 5.1. z Wprowadzenie nowych standardów dla żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży oraz pacjentów w podmiotach leczniczych, z uwzględnieniem potrzeb dietetycznych w wybranych jednostkach chorobowych na Realizacja działań mających na celu upowszechnianie standardów żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży oraz prowadzenie prac dotyczących opracowania nowych standardów dla żywienia pacjentów w podmiotach leczniczych. 10.5. z Opracowywanie rozwiązań, mających na celu wprowadzenie obowiązku rejestracji przez zespoły POZ badań przesiewowych wykonywanych poza systemem świadczeń finansowanych ze środków publicznych na Opracowywanie rozwiązań, mających na celu egzekwowanie obowiązku raportowania poprzez platformę P1 zdarzeń medycznych, polegających na prowadzeniu badań przesiewowych. 13.1. z Wdrożenie rozwiązań legislacyjnych dotyczących badań klinicznych na Prowadzenie prac nad rozwiązaniami legislacyjnymi w zakresie badań klinicznych. 13.3. z Rozpoczęcie prac nad uruchomieniem interaktywnej e-platformy dla pacjentów i badaczy o prowadzonych badaniach klinicznych w dziedzinie onkologii na Rozpoczęcie działań informacyjnych na temat uruchomienia wyszukiwarki badań klinicznych prowadzonej przez Europejską Agencję Leków. 14.3. z Opracowywanie i wdrożenie rozwiązań legislacyjnych o biobankowaniu na Prowadzenie prac nad rozwiązaniami legislacyjnymi o biobankowaniu. 17.2. z Wdrożenie nowego modelu organizacyjnego opieki nad pacjentami („Cancer Units”) dla nowotworów ginekologicznych i urologicznych na Prowadzenie prac nad opracowaniem nowego modelu organizacyjnego opieki nad pacjentami („Cancer Units”) dla raka płuca oraz nowotworów ginekologicznych i urologicznych. 17.3. z Wdrożenie efektywnego modelu organizacyjnego opieki nad pacjentami („Cancer Units”) dla nowotworów wieku dziecięcego na Prowadzenie prac nad opracowaniem efektywnego modelu organizacyjnego opieki nad pacjentami („Cancer Units”) dla nowotworów wieku dziecięcego. 18.2. z Wprowadzenie obowiązkowej akredytacji pracowni / zakładów		

		patomorfologii wykonujących diagnostykę onkologiczną finansowaną ze środków publicznych na Prowadzenie prac nad wprowadzeniem obowiązkowej akredytacji pracowni / zakładów patomorfologii wykonujących diagnostykę onkologiczną finansowaną ze środków publicznych. Ponadto projekt uchwały przewiduje wprowadzenie zmiany w harmonogramie w zakresie źródła finansowania zadania 19.1. Opracowywanie i wprowadzenie wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego i standardów organizacyjnych w kluczowych nowotworach złośliwych, przez dodanie budżetu Narodowej Strategii Onkologicznej (wydatki bieżące).		
Uchwała	Projekt uchwały Rady Ministrów zmieniającej uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Wieloletni program medyczny – rozbudowa i modernizacja Szpitala Uniwersyteckiego Nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy”	Zmiana programu wieloletniego pod nazwą „Wieloletni program medyczny – rozbudowa i modernizacja Szpitala Uniwersyteckiego Nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy”, zwanego dalej „Programem”, dotyczy zmiany zakresu rzeczowego i aktualizacji harmonogramu 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 2022 r. Z przyczyn niezależnych od Inwestora, spowodowanych trudną sytuacją na rynku budowlanym tj. wzrostem cen materiałów, braku ich dostępności, wzrostu cen paliw, energii i usług robót budowlanych oraz działań wojennych na Ukrainie, które bezpośrednio przyczyniły się do zmniejszenia dostępności siły roboczej w obszarze budowlanym powstały znaczne opóźnienia w realizacji przez generalnego wykonawcę harmonogramu rzeczowo-finansowego. Konieczność zmian wynika z dostosowania przepisów uchwały do procedowanej ustawy budżetowej na kolejne lata w następujący sposób: - zmniejszenie planowanej do wydatkowania w 2022 r., kwoty 72 233 tys. zł do kwoty 16 196 tys. zł, tj., o 56 037 tys. zł, - zwiększeniu planowanej do wydatkowania w 2024 r., kwoty 84 894 tys. zł do kwoty 156 037 tys. zł tj., o 71 143 tys. zł. - zmniejszenie planowanej do wydatkowania w 2025 r., kwoty 28 167 tys. zł do kwoty 13 061 tys. zł, tj., o 15 106 tys. zł, Jednocześnie uchwała aktualizuje zmiany zakresu rzeczowego inwestycji. Ze względu na niewystarczające środki na realizację programu po wzroście cen na rynku budowlanym ograniczono zakres rzeczowy przedsięwzięcia. W związku z powyższym dokonano zmiany zakresu rzeczowego przez zmniejszenie finansowania etapu II polegającego na	Planowany termin przyjęcia projektu przez RM: IV kwartał 2022 r.	https://www.gov.pl/web/premier/projekt-uuchwala-rady-ministrow-zmieniajacej-uchwale-w-sprawie-ustanowienia-programu-wieloletniego-pod-nazwa-wieloletni-program-medyczny--rozbudowa-i-modernizacja-szpitala-uniwersyteckiego-nr-2-im-dr-jana-biziela-w-bydgoszczy

		modernizacji istniejącego obiektu na korzyść zwiększenia środków na etap I polegający na budowie nowego budynku. 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 2022-2025; – zmiany zakresu rzeczowego oraz liczby łóżek. Pozwoli to na właściwą realizację zadania inwestycyjnego i uzyskanie zakładanych efektów rzeczowych tj. wybudowanie nowego obiektu szpitalnego oraz modernizację wybranych jednostek w istniejących budynkach szpitala w celu zwiększenia możliwości szpitala w zakresie świadczenia kompleksowych usług medycznych, poprawy ich jakości oraz bezpieczeństwa pacjentów.		
Uchwała	Projekt Uchwały Rady Ministrów w sprawie przyjęcia harmonogramu wdrażania Narodowej Strategii Onkologicznej na 2023 rok	Zgodnie z ustawą z dnia 26 kwietnia 2019 r. o Narodowej Strategii Onkologicznej, Narodowa Strategia Onkologiczna, zwana dalej „NSO" albo „Strategią", jest realizowana w oparciu o harmonogram jej wdrażania, 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. Harmonogram wdrażania zadań Strategii na 2023 r. obejmuje zadania określone w jej treści, przyjętej uchwałą nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 (M.P. z 2022 r. poz. 814), których realizacja rozpoczęła się w latach 2020–2022 i jest kontynuowana oraz zadania, których implementacja rozpocznie się w 2023 r. Realizowane będą działania mające na celu poprawę sytuacji kadrowej i jakości kształcenia w dziedzinie onkologii, kontynuowane będą działania edukacyjno-promocyjne, prowadzone będą działania polegające na zwiększeniu potencjału badań naukowych i projektów innowacyjnych w Rzeczpospolitej Polskiej, a także, w dalszym ciągu, realizowane będą inwestycje infrastrukturalne oraz modernizacja istniejących podmiotów leczniczych oraz inwestycje w uzupełnienie i wymianę wyeksploatowanych wyrobów medycznych służących do diagnostyki i leczenia nowotworów.	Planowany termin przyjęcia projektu przez RM: IV kwartał 2022 r.	https://www.gov.pl/web/premier/projekt-uchwaly-rady-ministrow-w-sprawie-przyjecia-harmonogramu-wdrazania-narodowej-strategii-onkologicznej-na-2023-rok2
Uchwała	Uchwała nr 258 Rady Ministrów z	Pierwsze lata realizacji Narodowej Strategii Onkologicznej (2020–2022), zwanej dalej „Strategią" albo „NSO", były okresem intensywnych działań	Wejście w życie 23 grudnia 2022	https://dziennikustaw.gov.pl/M20

	dnia 23 grudnia 2022 r. zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030	inicjujących wieloletni proces zmian w obszarze onkologii. Wymagający wielu wyzwań okres wdrażania NSO, zbiegł się w czasie z pandemią COVID-19 wywołaną koronawirusem SARS-CoV-2, której konsekwencje wpłynęły na znaczne obciążenie systemu ochrony zdrowia. W tak niecodziennych warunkach, terminowa i pełna realizacja zadań zaplanowanych do wykonania, zgodnie z założeniami NSO, była znacznie utrudniona i wymagała szczególnego wysiłku i zaangażowania na wszystkich szczeblach systemu. Niemniej jednak, w wyniku mobilizacji i intensyfikacji działań, zapoczątkowano implementację i konsekwentnie realizowano zadania przewidziane w harmonogramach wdrażania Strategii na 2020 r., 2021 r. i 2022 r. Część z zadań wymaga jednak zmiany terminu lub zakresu ich realizacji. Zgodnie z art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 26 kwietnia 2019 r. o Narodowej Strategii Onkologicznej, Strategia jest realizowana w oparciu o roczne harmonogramy jej wdrażania, które są przyjmowane przez Radę Ministrów w drodze uchwały. Równolegle procedowany jest projekt uchwały ws. przyjęcia harmonogramu wdrażania NSO na 2023 r. oraz projekt uchwały zmieniającej uchwałę w sprawie przyjęcia harmonogramu wdrażania NSO na 2022 r. Celem zapewnienia spójności ze wskazanymi projektami uchwał, konieczne jest wprowadzenie stosownych zmian w uchwale w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030. Celem projektowanej uchwały zmieniającej uchwałę w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030, jest dokonanie aktualizacji terminów i zakresu działań realizowanych w ramach Strategii, przy jednoczesnym zachowaniu spójności z rocznymi harmonogramami jej wdrażania. Wprowadzenie zmian we wskazanym dokumencie podyktowane jest koniecznością uporządkowania informacji nt. realizowanych w ramach NSO zadań, przy uwzględnieniu faktycznego stanu ich implementacji, zgodnie z wiedzą na IV kwartał 2022 r.	r.	22000126201.pdf
Ustawa	Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze	Obecnie funkcjonuje rozproszony model przyjmowania zgłoszeń na świadczenia opieki zdrowotnej oraz „kolejkowania" świadczeniobiorców oczekujących na udzielanie danego świadczenia. Zgłoszenia te należy bowiem kierować do poszczególnych świadczeniodawców, którzy prowadzą własne listy oczekujących obejmujące świadczeniobiorców	Planowany termin przyjęcia projektu przez RM: IV kwartał 2022	https://www.gov.pl/web/premier/projekt-ustawy-o-zmianie-ustawy-o-swiadczeniach-opieki-zdrowotnej-finansowanych-ze-

	środków publicznych oraz ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia	zapisanych na świadczenie tylko u danego świadczeniodawcy, a jednocześnie świadczeniobiorca nie może wpisać się na listę oczekujących u innego świadczeniodawcy, co jest podyktowane dążeniem do unikania tworzenia „sztucznych" kolejek na świadczenia opieki zdrowotnej. Funkcjonujące rozwiązanie nie jest zatem w pełni optymalne pod kątem zapewnienia świadczeniobiorcom rzeczywistego dostępu do wszelkich dostępnych terminów udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej i zagwarantowania im uzyskania możliwie najwcześniejszego terminu udzielenia danego świadczenia. Celem projektowanej ustawy jest wprowadzenie nowego, scentralizowanego systemu rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej oraz ustalania kolejności ich udzielania określanego mianem „elektronicznej rejestracji centralnej". W założeniu projektodawców system ten ma pozwolić na uproszczenie i przyspieszenie procesu rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej oraz zapewnić świadczeniobiorcom łatwiejszy dostęp do informacji o dostępności terminów u wszystkich świadczeniodawców. Realizacji przyjętych dążeń służyć będzie wprowadzenie elektronicznych rozwiązań centralnych takich jak przede wszystkim scentralizowany system zgłoszeń na świadczenia oraz centralnie prowadzona lista oczekujących na ich udzielenie, wspólna dla wszystkich świadczeniodawców. Elektroniczna rejestracja centralna na początkowym etapie jej funkcjonowania będzie dotyczyć tylko części zakresów świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną określone w przepisach wydanych na podstawie projektowanego przepisu 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". Zgłaszanie się na pozostałe świadczenia i przydzielanie świadczeniobiorcom terminów ich udzielenia odbywać się będzie natomiast na dotychczasowych zasadach. Jednocześnie planuje się, że katalog zakresów świadczeń objętych elektroniczną rejestracją centralną będzie sukcesywnie rozszerzany, a docelowo projektowanym rozwiązaniem zostaną objęte wszelkie świadczenia opieki zdrowotnej. Projektowana ustawa przewiduje, że prowadzenie elektronicznej rejestracji centralnej odbywać się będzie przy wykorzystaniu funkcjonalności systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2022 r. poz. 1555), zwanego dalej „Systemem P1". W tym celu świadczeniodawcy będą obowiązani udostępniać w Systemie P1 swoje	r.	srodkow-publicznych-oraz-ustawy-o-systemie-informacji-w-ochronie-zdrowia

		harmonogramy przyjęć dotyczące zakresów świadczeń objętych elektroniczną rejestracją centralną. Ponadto w Systemie P1 dla każdego zakresu świadczenia objętego elektroniczną rejestracją centralną będzie prowadzona centralna lista oczekujących, wspólna dla wszystkich świadczeniodawców udzielających wybranego świadczenia. Na przedmiotowej liście będą umieszczani świadczeniobiorcy zgłaszający się po raz pierwszy, którym przydzielenie terminu udzielenia świadczenia w momencie zgłoszenia nie będzie możliwe. Centralna lista oczekujących na dane świadczenie zastąpi jednocześnie listy oczekujących, o których mowa w art. 20 ust. 6 ustawy o świadczeniach, prowadzone dotychczas osobno przez każdego świadczeniodawcę. Elektroniczna rejestracja centralna będzie dotyczyć świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom zgłaszającym się po raz pierwszy na udzielenie świadczenia oraz świadczeniobiorcom kontynuującym leczenie. Analogicznie jak w obecnie funkcjonującym modelu świadczeniobiorcom kontynuującym leczenie termin udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej wyznaczać będzie świadczeniodawca, u którego leczenie jest kontynuowane, zgodnie z planem leczenia świadczeniobiorcy. Wyznaczony termin świadczeniodawca będzie następnie wpisywał do swojego harmonogramu przyjęć udostępnionego w Systemie P1. Podkreślenia wymaga, że świadczeniobiorcy kontynuujący leczenie nie będą umieszczani na centralnej liście oczekujących. W przypadku świadczeniobiorców zgłaszających się po raz pierwszy na świadczenie podstawę do przydzielenia terminu jego udzielenia stanowić będzie natomiast centralne zgłoszenie składane przez świadczeniobiorcę, jego przedstawiciela ustawowego lub przez osobę przez niego upoważnioną. W ramach tego zgłoszenia będzie możliwe określenie kryteriów dotyczących świadczenia opieki zdrowotnej, które ma zostać udzielone świadczeniobiorcy. Co istotne centralne zgłoszenie będzie dokonywane pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń. W projekcie ustawy przewidziano trzy podstawowe sposoby dokonywania centralnego zgłoszenia. Po pierwsze możliwe to będzie na dotychczasowych zasadach, tj. bezpośrednio u świadczeniodawcy, w tym osobiście, telefonicznie albo z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, po drugie przy wykorzystaniu funkcjonalności Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, a po trzecie – za pośrednictwem dedykowanej do tego infolinii, która zostanie utworzona		

		na potrzeby elektronicznej rejestracji centralnej przez ministra właściwego do spraw zdrowia. W wyniku dokonania centralnego zgłoszenia przy wykorzystaniu dowolnego z trzech wymienionych powyżej sposobów świadczeniobiorcy przydzielany będzie termin udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej. Przy jego wyznaczaniu uwzględniane będą kolejność zgłoszenia oraz kryteria dotyczące świadczenia określone w jego ramach. Świadczeniobiorcy przekazywane będzie potwierdzenie przydzielenia konkretnego terminu. Potwierdzenie świadczeniobiorca otrzyma również w przypadku jego zmiany lub rezygnacji z niego. Jeśli przydzielenie świadczeniobiorcy terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy nie będzie jednak możliwe w momencie dokonania centralnego zgłoszenia, to świadczeniobiorca zostanie umieszczony na centralnej liście oczekujących prowadzonej dla danego zakresu świadczeń. Świadczeniobiorca pozostanie na niej od momentu dokonania centralnego zgłoszenia do czasu pojawienia się dostępnego wolnego terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej spełniającego kryteria dotyczące świadczenia określone przez zgłaszającego się, który to termin zostanie zaakceptowany przez świadczeniobiorcę. Szczegółowy sposób przydzielania świadczeniobiorcy terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej w ramach elektronicznej rejestracji centralnej i jego zmiany zostanie natomiast doprecyzowany w przepisach wydanych na podstawie projektowanego przepisu w ustawie o świadczeniach. W przedmiotowym rozporządzeniu zostanie określony także wykaz zakresów świadczeń opieki zdrowotnej objętych elektroniczną rejestracją centralną, ale również szczegółowy sposób dokonywania centralnego zgłoszenia oraz powiadamiania świadczeniobiorcy o przydzieleniu mu terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej w ramach elektronicznej rejestracji centralnej i wszelkich jego zmianach oraz przekazywania świadczeniobiorcy innych istotnych informacji dotyczących tego terminu. Projektowana ustawa zakłada również wprowadzenie stosownych zmian w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, zwanej dalej „ustawą o SIOZ”, będących konsekwencją prowadzenia elektronicznej rejestracji centralnej przy wykorzystaniu funkcjonalności Systemu P1. W związku z powyższym wykaz funkcjonalności Systemu P1 określony w art. 7 ust. 1 ustawy o SIOZ oraz katalog celów realizowanych przez System P1, o których mowa w art. 12 ust. 1 ustawy o SIOZ, zostaną rozszerzone dodatkowo o prowadzenie		

		elektronicznej rejestracji centralnej na świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie projektowanego przepisu ustawy o świadczeniach. Z kolei art. 7a ust. 1 ustawy o SIOZ wzbogacony zostanie o nową funkcjonalność Internetowego Konta Pacjenta polegającą na umożliwieniu dokonywania za jego pośrednictwem centralnego zgłoszenia w ramach elektronicznej rejestracji centralnej na świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie projektowanego przepisu ustawy o świadczeniach.		
Uchwała	Uchwała nr 251 Rady Ministrów z dnia 16 grudnia 2022 r. w sprawie przyjęcia polityki publicznej pod nazwą „System zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach medycznych oraz podjęcia zatrudnienia w zawodzie na lata 2022–2026”	Polityka publiczna pod nazwą „System zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach medycznych oraz podjęcia zatrudnienia w zawodzie na lata 2022–2026”, zwana dalej „Systemem zachęt”, jest nowym systemem przewidzianym do realizacji na lata 2022–2026 w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO), komponent D „Efektowność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia”, cel szczegółowy D2 „Rozwój kadr systemu ochrony zdrowia oraz wzmocnienie potencjału uczelni medycznych i podmiotów leczniczych biorących udział w kształceniu kadr medycznych”, inwestycja D2.1.1 „Inwestycje związane z modernizacją i doposażeniem obiektów dydaktycznych w związku ze zwiększeniem limitów przyjęć na studia medyczne”. System zachęt powstał w odpowiedzi na problem niedoboru kadr medycznych. Przyjęcie Systemu zachęt jest warunkiem realizacji kamienia milowego D29G „Wejście w życie aktu prawnego ustanawiającego system zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach medycznych poprzez stypendia, finansowanie studiów i opiekę mentorską” będącego elementem wdrażania inwestycji D2.1.1 w ramach KPO. Instytucją odpowiedzialną za organizację przedsięwzięć inwestycyjnych związanych z Systemem zachęt jest minister właściwy do spraw zdrowia. Celem głównym Systemu zachęt jest zwiększenie liczby pracowników w zawodach medycznych. Realizacja wskazanego celu nastąpi przez zwiększenie ilości osób podejmujących studia na kierunkach medycznych oraz osób rozpoczynających pracę w zawodach medycznych. Instrumentem służącym realizacji tego celu jest System zachęt, który jest dedykowany dla studentów podejmujących studia na kierunkach medycznych oraz absolwentów podejmujących pracę w zawodach medycznych, i którego głównym zadaniem jest zwiększenie atrakcyjności studiów medycznych.	Wejście w życie 17 grudnia 2022 r.	https://dziennikustaw.gov.pl/M2022000123701.pdf

		Cel Systemu zachęt został sformułowany w oparciu o aktualne wyzwania, jakie stoją przed służbą zdrowia. Jednym z wyzwań, jakie w ramach KPO zostały zidentyfikowane dla polskiego systemu ochrony zdrowia jest zapewnienie stałego dopływu kadry do systemu ochrony zdrowia oraz jej równomierne rozmieszczenie. Zakładane zmiany i reorganizacje systemu zdrowia są nierozerwalnie związane z kluczowym aspektem funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, czyli kadrami medycznymi i okołomedycznymi. W tym obszarze w ostatnich latach jest podejmowanych szereg wielokierunkowych działań mających na celu utrzymanie na rynku pracy optymalnej kadry, adekwatnej do zaspokojenia potrzeb społecznych na świadczenia medyczne. System zachęt jest instrumentem służącym wykształceniu większej liczby absolwentów wszystkich głównych kierunków medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, farmaceutów, diagnostów laboratoryjnych i fizjoterapeutów. Określone w Systemie zachęt formy wsparcia są ukierunkowane na zwiększenie zainteresowania studiami na wszystkich kierunkach medycznych oraz podjęciem pracy w tych zawodach. System zachęt przewiduje poniższe formy wsparcia: 1) dla studentów kierunku lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, analityka medyczna, fizjoterapia oraz farmacja – stypendia dla najlepszych studentów; 2) dla studentów kierunku pielęgniarstwo, położnictwo oraz ratownictwo medyczne: a) stypendia dla osób podejmujących studia, b) bezzwrotne dofinansowanie kształcenia studentów, c) mentoring w formie praktyk studenckich; 3) dla absolwentów kierunku pielęgniarstwo, położnictwo oraz ratownictwo medyczne – mentoring w formie profesjonalnej opieki dla osób podejmujących pracę w zawodzie. System zachęt jest realizowany do czasu zakończenia Krajowego Programu Odbudowy i Zwiększenia Odporności, tj. do połowy 2026 r. Uruchomienie ww. form wsparcia nastąpi począwszy od roku akademickiego 2022/2023. Przedstawione powyżej kierunki interwencji Systemu zachęt przekładają się na działania przewidziane do realizacji w okresie do dnia 30 czerwca 2026 r.		