



\* \* \* \* \*

**Nr 8/272**  
**SIERPIEŃ 2018 r.**

# **SERWIS INFORMACYJNY**

**Federacji Związków Zawodowych  
Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej**

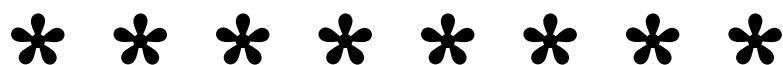
\* \* \* \* \*

---

**Ciekawej lektury Serwisu, pełnego wydarzeń sierpniowych,  
w oczekiwaniu na wrzesień..**



**Przewodnicząca Federacji ZZPPOZ i PS URSZULA MICHALSKA**



## **W sierpniowym numerze:**

- **Co wydarzyło się w SIERPNIU 2018r.?**.....str. 1
- **Posiedzenia organów statutowych Federacji ZZPOZ i PS** .....str. 2
- **Wydarzenia ze związkowego życia Federacji ZZPOZ i PS i OPZZ**.....str. 2-7
- **Najważniejsze AKTUALNOŚCI MZ** .....str. 7- 21
- **Decyzje Rady Ministrów w SIERPNIU 2018r.** .....str. 21-27
- **Ustawy podpisane przez Prezydenta w SIERPNIU 2018r.** .....str. 28- 36
- **Projekty AKTÓW PRAWNYCH opiniowane przez Federację w SIERPNIU 2018r.**.....str. 37-54
- **Nowe PRAWO opublikowane w SIERPNIU 2018r.**.....str. 57 – 65



\* \* \* \* \*

## **Co się wydarzyło w SIERPNIU 2018 roku ?**

\* \* \* \* \*

- 7 sierpnia 2018r. – posiedzenie **Zespołu problemowego RDS ds. usług publicznych**
- 8 sierpnia 2018r. – posiedzenie **Rady Branży OPZZ „Usługi Publiczne”**
- 20 sierpnia 2018r. - spotkanie w Urzędzie Marszałkowskim w sprawie **Samodzielnego Specjalistycznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej im. dr. Teodora Dunina w Rudce** i jego dalszych losów związanych z przekształceniem placówki
- 23 – 24 sierpnia 2018r. – szkolenie związkowców **Lubelskiej Rady Wojewódzkiej Federacji ZZPOZ i PS** w Lublinie w ramach projektu: "Chcemy mieć wpływ! Wysokie kompetencje partnerów społecznych i organizacji pozarządowych - krok ku bardziej inkluzywnym procesom stanowienia prawa"
- 29 sierpnia 2018r. – posiedzenie **Prezydium OPZZ**
- 31 sierpnia 2018r. – posiedzenie **Prezydium Rady Krajowej FZZPOZ i PS**

\* \* \* \* \*

\* \* \* \* \*

## **Posiedzenia organów statutowych Federacji ZZPOZ i PS**

\* \* \* \* \*

- **Posiedzenie PREZYDIUM Rady Krajowej Federacji ZZPOZ i PS**

Posiedzenie Prezydium Rady Krajowej FZZPOZ i PS pod przewodnictwem kol. Urszuli Michalskiej odbyło się w dniu 31 sierpnia 2018r. Przewodnicząca przedstawiła najważniejsze działania Rady Krajowej związane z zagadnieniami związkowymi oraz aktywnością w obszarze ochrony zdrowia i działalnością w ramach struktur OPZZ. Przedstawiła plany OPZZ związane z przygotowaniem do manifestacji OPZZ planowanej 22 września br.

\* \* \* \* \*

## **Wydarzenia ze związkowego życia Federacji ZZPOZ i PS i OPZZ**

\* \* \* \* \*

- 7 sierpnia 2018r. – posiedzenie **Zespołu problemowego RDS ds. usług publicznych**

W dniu 7 sierpnia br. zespół problemowy RDS pod przewodnictwem przewodniczącego Sławomira Broniarza (ZNP) zajął się omówieniem problematyki dotyczącej: aktywnego starzenia się, strategii w zakresie polityki lekowej państwa oraz zmian w Prawie oświatowym. Każdy z tych obszarów jest bardzo ważny dla strony społecznej, z uwagi na zasadnicze zmiany systemowe.

Federacja i OPZZ reprezentowane były przez członkinię zespołu Urszulę Michalską (przewodnicząca Rady Branży OPZZ „Usługi publiczne”) oraz Renatę Górną (radcę OPZZ). Punktem wyjścia tematu dotyczącego działań rządu i partnerów społecznych w zakresie aktywnego starzenia się społeczeństwa jest podpisane przez europejskich partnerów społecznych **Porozumienie ramowe**

**dotyczące aktywnego starzenia się i podejścia międzypokoleniowego z dnia 8 marca 2017 r.**

Dokument ustanawia ogólne ramy działania, których celem jest m. in.: 1) podniesienie świadomości, wyzwań i możliwości wynikających ze zmian demograficznych wśród pracodawców, pracowników i ich przedstawicieli; 2) zapewnienie pracodawcom, pracownikom i ich przedstawicielom na każdym szczeblu praktycznych sposobów i/lub rozwiązań do efektywnego promowania i zarządzania aktywnym starzeniem; 3) zagwarantowanie i utrzymanie zdrowego, bezpiecznego i produktywnego środowiska pracy; 4) promowanie innowacyjnego podejścia do cyklu życia zawodowego z wydajnymi i dobrej jakości miejscami pracy, które umożliwiają pracownikom pozostanie na rynku pracy do osiągnięcia wieku emerytalnego; 5) ułatwienie wymiany, wzajemnej współpracy i promowania konkretnych działań zmierzających do przekazywania wiedzy i doświadczenia między pokoleniami w miejscu pracy. Dokument uwzględnia środki i działania do wdrożenia tych celów opisane w takich obszarach jak: ocena strategiczna demografii miejsca pracy, bezpieczeństwo i higiena pracy, zarządzanie kompetencjami i umiejętnościami, organizacja pracy dla zapewnienia zdrowego i produktywnego życia zawodowego oraz podejście międzypokoleniowe.

Porozumienie ramowe jest punktem wyjścia do dyskusji dla polskich partnerów, jakie działania należałoby wdrożyć na szczeblu krajowym (poszczególne państwa UE) w celu jego implementacji. Wstępne propozycje rekomendacji zostały zaproponowane przez grupę roboczą ds. europejskiego dialogu społecznego RDS. Dotyczą one m.in. **1)** oceny dostępności oferty szkoleniowej w kontekście idei uczenia się przez całe życie oraz oferty dla starszych pracowników, **2)** organizacji czasu pracy starszych pracowników i umowy mentorskiej oraz **3)** zorganizowania seminarium dotyczącego praktyk z zakresu strategicznej oceny demograficznej w przedsiębiorstwach.

W dyskusji strona pracowników i pracodawców uznała za zasadne przekazanie ww. tematów do dalszych prac zespołów problemowych RDS. Uznaliśmy także, że polskie spojrzenie na wdrażanie zapisów Porozumienia nie może ograniczać się jedynie akcentowania działań skierowanych do starszych pracowników, bowiem dokument akcentuje podejście międzypokoleniowe i solidarność międzypokoleniową. Ważne jest także, aby na wstępie dyskusji o wdrażaniu zapisów Porozumienia zastanowić się jakie działania można podjąć na poziomie krajowym/ sektorowym i zakładu pracy i które z nich działania można uznać za „miękkie”, nie wymagające zmian legislacyjnych. Najważniejszą jest jednak odpowiedź na pytanie: w jaki sposób polityka państwa wpisuje się w te wyzwania. W ocenie Federacji i OPZZ warto także przedyskutować, czy

**Federacja Związków Zawodowych  
Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej  
SERWIS INFORMACYJNY – SIERPIEŃ 2018 r.**

---

możliwe/zasadne są inne, dodatkowe rekomendacje polskich partnerów społecznych oprócz tych zaproponowanych przez grupę roboczą ds. europejskiego dialogu społecznego. Dla nas niezwykle istotne są przedsięwzięcia w obszarze warunków pracy, wzmacniające rolę profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami, zwłaszcza w kontekście wydłużania aktywności zawodowej pracowników. W konkluzji dyskusji tego tematu uznano za zasadne przekazanie rekomendacji, wniosków i materiałów przygotowanych przez stronę społeczną do dalszych decyzji partnerów na plenarne posiedzenie Rady Dialogu Społecznego planowane w dniu 28 sierpnia br.

W części posiedzenia poświęconej omówieniu dokumentu „**Polityka lekowa Państwa 2018 – 2022**”, założenia strategii omówił Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Marcin Czech. W założeniach i celach strategia spotkała się z przychylnością strony społecznej, zgłaszającej uwagi w czasie dyskusji. Uznaliśmy wspólnie, że to dokument oczekiwany przez stronę społeczną reprezentującą środowisko branżowe, ale i pacjentów. W naszej ocenie słabością strategii jest brak: „mapy drogowej” działań, rzetelnych narzędzi monitorowania proponowanych rozwiązań, harmonogramu czasowego wdrażania poszczególnych działań, oraz co najważniejsze - ich finansowania ze wskazaniem źródeł. Za pozytywne, ale wymagające wciąż doprecyzowania uznaliśmy *obszary istotne* z punktu widzenia pacjenta, związane z zapowiedzią wzrostu dostępności do leków oraz spadku poziomu współpłacenia pacjenta. Obecnie udział dopłat pacjentów do leków refundowanych, choć zmniejsza się systematycznie, nadal osiąga niewiarygodnie wysoki poziom 29%. Stabilizacja budżetu na refundację może być także osiągnięta poprzez sztywne określenie budżetu na refundację na poziomie 16,5% - 17,0% całkowitych wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia (dotychczas nie przekraczał on 15%). Dla nas istotne są także pracownicy ochrony zdrowia, którzy pełnią kluczową rolę w ordynacji leczenia i choć kwestie te uwzględnione w części strategii – nadal wymagają doprecyzowania. Za szczególnie istotne uznaliśmy wzmocnienie roli farmaceuty i techników farmacji oraz zakończenie budowy systemu informacyjnego (e – zdrowia) dla osiągnięcia jego pełnej funkcjonalności i realizacji celów polityki lekowej.

W dyskusji nad projektem nowelizacji ustawy – **Prawo oświatowe odnoszącej się do reformy szkolnictwa zawodowego** – strona społeczna jednogłośnie skrytykowała brak gwarancji finansowych dla proponowanych rozwiązań przy negatywnym stanowisku Ministra Finansów. Tematyka szkolnictwa zawodowego będzie kontynuowana na kolejnym posiedzeniu zespołu jeszcze w sierpniu br.; wtedy też strona społeczna planuje przygotowanie wspólnego stanowiska do przedmiotowej regulacji.

**Federacja Związków Zawodowych  
Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej  
SERWIS INFORMACYJNY – SIERPIEŃ 2018 r.**

---

Tematyka polityki lekowej i aktywnego starzenia się będzie przedmiotem plenarnego posiedzenia Rady Dialogu Społecznego.

\* \* \* \* \*

- 8 sierpnia 2018r. – posiedzenie **Rady Branży OPZZ „Usługi Publiczne”**

Posiedzenie Rady Branży OPZZ „Usługi Publiczne” pod przewodnictwem kol. Urszuli Michalskiej oraz z udziałem kierownictwa OPZZ odbyło się po raz pierwszy w nowej, IX kadencji OPZZ. Po omówieniu spraw organizacyjnych i regulaminowych dyskutowano w szczególności o trudnej sytuacji płacowej większości grup zawodowych reprezentujących pracowników sfery budżetowej. Jednoznacznie stwierdziliśmy, że przedstawiciele polskiego rządu nie reagują na postulaty pracowników sfery budżetowej, zwłaszcza, że od 2011 roku wskaźnik wzrostu wynagrodzeń jest zamrożony. Po posiedzeniu branży została zwołana konferencja prasowa, która zgromadziła dość liczne grono dziennikarzy, na której poinformowano o planowanej we wrześniu br. manifestacji pracowników sfery budżetowej organizacji członkowskich zrzeszonych w OPZZ.

\* \* \* \* \*

- 20 sierpnia 2018r. - spotkanie w Urzędzie Marszałkowskim w sprawie **Samodzielnego Specjalistycznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej im. dr. Teodora Dunina w Rudce** i jego dalszych losów związanych z przekształceniem placówki

Sprawa przekształcenia Samodzielnego Specjalistycznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej im. dr. Teodora Dunina w Rudce w sposób niezgodny z prawem, tj. z pominięciem ustawowych konsultacji społecznych, jest od marca br. przedmiotem pomocy i interwencji RK Federacji ZZPOZ i PS. W tej sprawie jako Federacja jesteśmy w stałym kontakcie z przedstawicielami Związku Zawodowego Pracowników Samodzielnego Specjalistycznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej im. dr. Teodora Dunina w Rudce, organizacji członkowskiej należącej do FZZPOZ i PS. Pomimo, iż placówka została przekształcona, nie ustajemy w naszych staraniach – poprzez Radę OPZZ woj. mazowieckiego interweniowaliśmy w Urzędzie Marszałkowskim i na 2 posiedzeniach Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego w Warszawie. Kierowaliśmy też w tej sprawie pismo do Marszałka Województwa Mazowieckiego Adama Struzika.

Po spotkaniu w Urzędzie Marszałkowskim z udziałem przewodniczącej Federacji kol. Urszuli Michalskiej i przewodniczącej organizacji związkowej placówki, a także Kol. Piotra Szumlewicza, Przewodniczącego Rady OPZZ woj.

**Federacja Związków Zawodowych  
Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej  
SERWIS INFORMACYJNY – SIERPIEŃ 2018 r.**

---

mazowieckiego przedstawiono Zarządowi Spółki propozycje Porozumienia w sprawach pracowniczych.

\* \* \* \* \*

- 23 – 24 sierpnia 2018r. – szkolenie związkowców **Lubelskiej Rady Wojewódzkiej Federacji ZZPOZ i PS** w Lublinie w ramach projektu: "Chcemy mieć wpływ! Wysokie kompetencje partnerów społecznych i organizacji pozarządowych - krok ku bardziej inkluzywnym procesom stanowienia prawa"

Projekt "Chcemy mieć wpływ! Wysokie kompetencje partnerów społecznych i organizacji pozarządowych - krok ku bardziej inkluzywnym procesom stanowienia prawa" jest ubiegłego roku realizowany przez Federację ZZPOZ i PS. Szkolenia w ramach projektu odbywają się w każdym województwie – także w Lublinie z udziałem 24 związkowców z LRW cieszył się dużą popularnością. Członkowie LRW chętnie uczestniczyli, dyskutowali i nabywali nowych umiejętności i kompetencji. Przypomnijmy, że projekt jest finansowany przez Kancelarię Prezesa Rady Ministrów.

\* \* \* \* \*

- 29 sierpnia 2018r. – posiedzenie **Prezydium OPZZ**

W posiedzeniu Prezydium OPZZ z udziałem kierownictwa OPZZ uczestniczyła przewodnicząca Federacji ZZPOZ i PS kol. Urszula Michalska.

Prezydium zajęło się kilkoma istotnymi tematami.

W pierwszej części przewodniczący OPZZ Jan Guz omówił działalność centrali w okresie od 12 lipca – poprzedniego posiedzenia Prezydium oraz aktualną sytuację dialogu społecznego na poziomie krajowym oraz przedstawił plan przygotowań do ogólnokrajowej akcji protestacyjnej OPZZ. W drugiej części dyskutowano nad nowymi regulaminami OPZZ oraz problemami rynku pracy w kontekście rozwiązań proponowanych przez rząd. Przeanalizowano także opinię OPZZ do założeń projektu budżetu państwa na rok 2019 oraz dyskutowano nad otrzymanym w dniu 23 sierpnia br. „Wstępnym projekcie ustawy budżetowej na rok 2019” oraz opinię OPZZ do projektu rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej w 2019r. Po części spotkania dotyczącej bieżącej działalności OPZZ, kol. Jan Guz omówił dramatyczny poziom krajowego dialogu społecznego. Wskazał, że Minister Rodziny Pracy i Polityki Społecznej Elżbieta Rafalska po raz kolejny odwołała i przełożyła termin plenarnego posiedzenia Rady Dialogu Społecznego. W związku z brakiem merytorycznego dialogu z przedstawicielami rządu i jawnym lekceważeniem partnerów społecznych przewodniczący



zmobilizował przedstawicieli wszystkich struktur OPZZ do udziału w manifestacji, która zaplanowana jest na 22 września br. W przerwie posiedzenia odbyła się konferencja prasowa, na której omówiono decyzje Prezydium OPZZ dotyczące planów wrześniowych protestów, planu ogólnokrajowej manifestacji oraz postulaty, o które walczymy.

**\* \* \* \* \***

## **Najważniejsze aktualności MINISTERSTWA ZDROWIA w sierpniu 2018 roku**

**\* \* \* \* \***

### **„Ministerstwo Zdrowia informuje: „Rozpoczyna się realizacja programu poprawy dostępności do świadczeń stomatologicznych w szkołach”**

Od 1 sierpnia br. rozpoczyna się realizacja programu polityki zdrowotnej **„Poprawa dostępności do świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży w szkołach w 2018 r.”**. Celem programu jest poprawa stanu zdrowia jamy ustnej uczniów przez zwiększenie dostępności do świadczeń stomatologicznych udzielanych uczniom w szkolnych gabinetach dentystycznych oraz objęcie jak najliczniejszej grupy dzieci i młodzieży i ich rodziców edukacją zdrowotną w obszarze zdrowia jamy ustnej. Program skierowany jest do organów prowadzących szkoły publiczne, którymi są jednostki samorządu terytorialnego na szczeblu gminy, powiatu lub województwa. Zainteresowane podmioty po przystąpieniu do konkursu na realizację programu - otrzymują środki na zakup niezbędnego wyposażenia gabinetu stomatologicznego oraz na realizację projektu edukacyjnego.

**źródło: [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl), dnia 1 sierpnia 2018r.**

**\* \* \* \* \***

### **„Spotkanie z ratownikami medycznymi”**

Sekretarz stanu Józefa Szczurek - Żelazko i Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski spotkali się z przedstawicielami związków

**Federacja Związków Zawodowych  
Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej  
SERWIS INFORMACYJNY – SIERPIEŃ 2018 r.**

---

zawodowych ratowników. W rozmowie wzięli udział: reprezentanci Krajowej Sekcji Pogotowia Ratunkowego i Ratownictwa Medycznego NSZZ „Solidarność”, Komitetu Protestacyjnego Ratowników Medycznych oraz Krajowego Związku Zawodowego Ratowników Medycznych, a także przedstawiciele Pracodawców Ratownictwa Medycznego i NFZ. Podczas spotkania, które odbyło się w siedzibie Ministerstwa Zdrowia, **omówiono warunki płacy i pracy ratowników medycznych oraz warunki szkolenia przedstawicieli tego zawodu.** Rozmawiano też o **sytuacji kadrowej w środowisku, jak i o oczekiwaniach pracodawców związanych z funkcjonowaniem ratowników medycznych** w kontekście ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

W dniu 24 sierpnia br. z przedstawicielami związków zawodowych ratowników spotka się Minister Zdrowia Łukasz Szumowski.

źródło: [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl)., dnia 6 sierpnia 2018r.

\* \* \* \* \*

### **„Koncepcja organizacji i funkcjonowania Krajowej Sieci Onkologicznej”**

29 czerwca 2018r. zakończył prace **Zespół do opracowania projektu koncepcji organizacji i funkcjonowania Narodowego Instytutu Onkologii.**

Przewodniczącym zespołu był Piotr Czauderna, kierownik Kliniki Chirurgii i Urologii Dzieci Młodozieży Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

W skład zespołu weszli: Maciej Krzakowski (konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej), Jacek Fijuth (przewodniczący Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego), Stanisław Gózdź (dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Onkologii Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kielcach), Adam Maciejczyk (dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu), Ewa Lech – Marańda (dyrektor Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie), Mirosław Markiewicz (kierownik Kliniki Hematologii i Transplantacji Szpiku w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach), Tomasz Szczepański (ordynator Kliniki Hematologii i Onkologii Dziecięcej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach), Jan Walewski (dyrektor Centrum Onkologii-Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie). **Efektom pracy zespołu jest „Koncepcja organizacji i funkcjonowania Krajowej Sieci Onkologicznej”.** Zakłada ona wprowadzenie zmian w zakresie organizacji opieki onkologicznej. Ich celem jest:

- ✓ postawienie możliwie szybkiego i precyzyjnego rozpoznania,

**Federacja Związków Zawodowych  
Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej  
SERWIS INFORMACYJNY – SIERPIEŃ 2018 r.**

---

- ✓ zwiększenie wykrywalności nowotworów we wczesnych stadiach,
- ✓ właściwe kwalifikowanie chorych do określonej metody leczniczej i leczenia skojarzonego,
- ✓ zastosowanie optymalnych procedur terapeutycznych o kompleksowym charakterze i odpowiedniej jakości,
- ✓ zmniejszenie liczby powikłań, a w konsekwencji poprawę wyników leczenia,
- ✓ wprowadzone jednolitych standardów diagnostyki i leczenia, niezależnie od miejsca zamieszkania pacjenta w celu uzyskania poprawy rokowania i jakości życia chorych,
- ✓ wydłużenie 5-letnich przeżyć,
- ✓ obniżenie umieralności.

W oparciu o ww. dokument utworzona zostanie **Krajowa Sieć Onkologiczna** oraz wypracowana zostanie strategia dla onkologii polskiej.

źródło: [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl), dnia 10 sierpnia 2018r.

\* \* \* \* \*

### **„Ustawa o tzw. dopalaczach wchodzi w życie”**

21 sierpnia br. zacznie obowiązywać **ustawa o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej**. Dzięki wchodzącym w życie przepisom walka z dopalaczami będzie skuteczniejsza niż dotychczas. Nowelizacja ustawy została opracowana ze względu na pilną potrzebę wdrożenia kolejnych działań ograniczających zjawisko wytwarzania i wprowadzania do obrotu środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych. **Przewiduje ona objęcie przepisami karnymi przede wszystkim czynów związanych z dystrybucją tych substancji i stworzenie instrumentów prawnych umożliwiających odpowiedzialność osób z nią związanych.**

#### **„Kary za posiadanie dopalaczy i handel nimi”**

Od dnia wejścia w życie ustawy, za samo posiadanie znacznych ilości dopalaczy **będzie groziła kara nawet do 3 lat więzienia, a za handel nimi nawet do 12 lat**. Do odpowiedzialności karnej zostaną pociągnięci także posiadacze zabronionych substancji, którym będzie groziła grzywna albo kara ograniczenia, albo pozbawienia wolności do 3 lat. Umorzenie postępowania będzie możliwe jedynie wtedy, gdy przedmiotem czynu będzie nieznaczna ilość dopalaczy przeznaczona na użytek własny. Nowelizacja ustawy wprowadza zatem nowe mechanizmy, które wykorzystają prawo karne przeciwko producentom i sprzedawcom nowych substancji psychoaktywnych. W efekcie wprowadzonych

rozwiązań osoby sprzedające „dopalacze” będą traktowane tak samo jak osoby sprzedające narkotyki.

### **„Nowa definicja dopalaczy”**

Nowa ustawa przewiduje zmianę definicji dopalaczy – **substancja psychoaktywna zostanie „oderwana” od środka zastępczego**. Substancja psychoaktywna ma znany wzór chemiczny, co pozwala przewidzieć jej działanie i to właśnie ona trafi do wykazu nowych substancji, których posiadanie będzie karane na równi z posiadaniem narkotyków. Dzięki ustawie znacznemu przyspieszeniu **ulegnie też proces wpisywania nowych substancji na listę związków zakazanych**. Do tej pory trzeba było nowelizować ustawę, by określić listę substancji zakazanych - teraz będzie to następowało w drodze rozporządzenia czyli znacznie szybciej.

W ustawie znalazł się również **zapis nakładający obowiązek zgłaszania do Państwowej Inspekcji Sanitarnej przypadków zatrucia środkiem zastępczym lub nową substancją psychoaktywną**. Do końca marca każdego roku Główny Inspektor Sanitarny będzie zobowiązany do sporządzenia raportu podsumowującego zgłoszenia z całej Polski, a placówki podejrzewające pacjenta o stosowanie dopalaczy będą musiały powiadomić o tym powiatowego inspektora sanitarnego. Ustawa zakłada także **utworzenie rejestru zgonów i zatruc spowodowanych przez dopalacze**. Przepisy mają zapewnić takie samo wsparcie osobom uzależnionym od dopalaczy, jak i od narkotyków – będą mogły liczyć na leczenie, rehabilitację i wsparcie psychologiczne.

**źródło: [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl), dnia 20 sierpnia 2018r.**

**\* \* \* \* \***

### **„Spotkanie Ministra Zdrowia z ratownikami medycznymi”**

24 sierpnia 2018r. w Ministerstwie Zdrowia odbyło się spotkanie Ministra Zdrowia Łukasza Szumowskiego i wiceministra Macieja Miłkowskiego z Komitetem Protestacyjnym Ratowników Medycznych i Sekcją Krajową Pogotowia Ratunkowego i Ratownictwa Medycznego NSZZ Solidarność przy współudziale Związku Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ.

#### **Omawiano postulaty środowiska ratowniczego dotyczące:**

- wynagrodzeń personelu medycznego, w tym dodatków do wynagrodzeń oraz zmian w ustawie o minimalnym wynagrodzeniu pracowników podmiotów leczniczych,
- warunków zatrudnienia,
- finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne.

**Federacja Związków Zawodowych  
Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej  
SERWIS INFORMACYJNY – SIERPIEŃ 2018 r.**

---

Minister Łukasz Szumowski przekazał ratownikom medycznym informację o **podpisaniu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 lipca 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**, które przewiduje wypłatę dodatków dla ratowników medycznych. Dzięki rozporządzeniu osoby, które dotychczas nie otrzymały dodatków, będą miały zagwarantowaną ich wypłatę z wyrównaniem wstecz.

Potwierdzeniem, że ratownictwo medyczne jest sprawą priorytetową dla resortu, jest przyjęta przez Sejm **ustawa z dnia 10 maja 2018r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw**, która przywróciła odpowiedzialność za ratownictwo medyczne i za ratowanie ludzkiego życia organom państwowym.

Podczas spotkania minister Szumowski zapowiedział też, że **ustawa regulująca zawód ratownika medycznego**, w której unormowane zostanie obowiązkowe tygodniowe szkolenie nałożone na ratowników przez ustawę o państwowym ratownictwie medycznym, w najbliższym czasie trafi do konsultacji wewnętrznych.

Jak ważne dla całego systemu ochrony zdrowia i resortu zdrowia jest ratownictwo medyczne świadczy także to, że **zgodnie z projektem budżetu na rok 2019, na ratownictwo medyczne zarezerwowano kwotę w całkowitej wysokości 2 106 mln zł, co stanowi wzrost o ok. 100 mln w porównaniu do planowanego wykonania w roku 2018**. Warto zauważyć, że wzrosty nakładów w latach 2017 - 2019 są pierwszymi tak znacznymi wzrostami nakładów na ratownictwo medyczne od wielu lat. Uczestnicy spotkania postanowili, że rozmowy będą kontynuowane w przeciągu następnego miesiąca.

**źródło: [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl), dnia 24 sierpnia 2018r.**

**\* \* \* \* \***

**„Komunikat Ministerstwa Zdrowia  
ws. ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej  
finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw”**

Komunikat Ministerstwa Zdrowia w sprawie wątpliwości, jakie pojawiły się w związku z niektórymi przepisami ustawy z dnia 5 lipca 2018r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1532).

**Pytania dotyczące zobowiązania,  
o którym mowa w art. 4 ust. 3 pkt. 2 ustawy z dnia 5 lipca 2018r. o zmianie  
ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków  
publicznych oraz niektórych innych ustaw**

**- czego dotyczy zobowiązanie, o którym mowa w art. 4 ust. 3 pkt. 2 ustawy?**

Odpowiedź:

Zobowiązanie polega na tym, by lekarz (lekarz dentysta) posiadający specjalizację, nie uczestniczył odpłatnie w udzielaniu u świadczeniodawcy, innego niż pracodawca, któremu złożył to zobowiązanie, świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w warunkach całodobowych lub całodziennych. Powyższe oznacza, że lekarz zatrudniony u świadczeniodawcy, wobec którego zobowiązał się zgodnie z ww. art. 4 ust. 3 pkt. 2 ustawy, a który to świadczeniodawca ma umowę na świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego lub umowę na inne świadczenia udzielane w warunkach całodobowych lub całodziennych, może wykonywać świadczenia:

- 1) w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej komercyjnie – bez ograniczeń;
- 2) z następujących zakresów: ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, podstawowej opieki zdrowotnej, rehabilitacji leczniczej i programów zdrowotnych , udzielanych w warunkach ambulatoryjnych - u innego świadczeniodawcy, który ma umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia - bez ograniczeń;
- 3) z zakresu rehabilitacji leczniczej i programów zdrowotnych, udzielanych w warunkach całodobowych lub całodziennych – w przypadku, gdy świadczeniodawca nie zawarł z NFZ umów choćby z jednego z zakresów, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 3, 4, 6–12, 15 i 16 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 4) nieodpłatnie – w ramach wolontariatu;
- 5) w hospicjach, zakładach opiekuńczo leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładach rehabilitacji leczniczej i zakładach opieki długoterminowej;
- 6) u tego samego świadczeniodawcy – bez ograniczeń;
- 7) u świadczeniodawcy, który został wymieniony w opublikowanym przez dyrektora OW NFZ wykazie podmiotów leczniczych, w których może wystąpić zagrożenie braku dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej lub ciągłości ich udzielania.



**Jeżeli lekarz będzie udzielał świadczeń w ramach profili lub komórek organizacyjnych podmiotu leczniczego wymienionych w ww. wykazie (art. 8 ustawy):**

- **czy dyżurowanie w stacji dializ w podmiocie leczniczym innym niż pracodawca, wobec którego lekarz złożył zobowiązanie, stanowi złamanie tego zobowiązania? dotyczy to specjalistów nefrologii na co dzień pracujących na oddziałach nefrologii ?**

Odpowiedź:

Odpowiedź na to pytanie zależy od tego jak dializy są kontraktowane przez NFZ. Generalnie dializy jako świadczenia oddzielnie kontraktowane i finansowane przez NFZ są świadczeniami ambulatoryjnymi – są w koszyku AOS. Zatem w tym zakresie nie obowiązuje zakaz konkurencji określony ustawą. Ale w leczeniu szpitalnym przy niektórych umowach z NFZ np.: w zakresie nefrologii jest wymóg posiadania lub dostępu do stacji dializ i wtedy dializy są w ramach umowy na leczenie szpitalne. W takim przypadku zakaz konkurencji obowiązuje.

- **czy chirurg/gastrolog, który w ramach pracy w oddziale wykonuje endoskopię, może ją wykonywać również poza szpitalem, czy jest to złamanie zakazu ?**

Odpowiedź:

Jeżeli lekarz zatrudniony u świadczeniodawcy, który zawarł umowę z NFZ na udzielanie świadczeń w warunkach całodobowych lub całodziennych, wykonuje endoskopię w warunkach AOS (tj. na rzecz pacjentów przyjętych w trybie ambulatoryjnym/rozliczanych w ramach umowy na AOS) albo u świadczeniodawcy udzielającego tych świadczeń komercyjnie, to zakazu konkurencji nie łamie.

- **czy opisywanie TK czy MRI w podmiocie leczniczym innym niż pracodawca, u którego lekarz złożył zobowiązanie łamie zakaz konkurencji, jeśli tym m.in. zajmują się radiolodzy w szpitalach ?**

Odpowiedź:

Jeżeli lekarz, zatrudniony u świadczeniodawcy, który zawarł umowę z NFZ na udzielanie świadczeń w warunkach całodobowych lub całodziennych, wykonuje opisy TK czy MRI w warunkach AOS (tj. na rzecz pacjentów przyjętych w trybie ambulatoryjnym/rozliczanych w ramach umowy na AOS) albo u świadczeniodawcy udzielającego tych świadczeń komercyjnie to zakazu konkurencji nie łamie.

- **czy świadczenia udzielane w szpitalnych oddziałach rehabilitacji są traktowane jako świadczenia szpitalne i objęte zakazem konkurencji, czy są traktowane jako rehabilitacja i są wyłączone z zakazu?**

Odpowiedź:

Zakaz konkurencji nie dotyczy zatrudnienia w podmiocie leczniczym, który posiada umowę na udzielanie świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielanej w warunkach całodobowych lub całodziennych (stacjonarnych), który nie zawarł umowy z NFZ na udzielanie świadczeń choćby z jednego z zakresów, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt. 3, 4, 6–12, 15 i 16 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jeżeli zatem mamy do czynienia z oddziałem rehabilitacji w szpitalu, który ma również kontrakt na świadczenia szpitalne to zakaz konkurencji obowiązuje. Poza tym lekarz może udzielać (bez ograniczeń) świadczeń opieki zdrowotnej w hospicjach, zakładach opiekuńczo leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładach rehabilitacji leczniczej i zakładach opieki długoterminowej.

- **czy udzielenie konsultacji lekarskiej w podmiocie leczniczym innym niż pracodawca, u którego lekarz złożył zobowiązanie, stanowi złamanie tego zobowiązania ?**

Odpowiedź:

Zakaz konkurencji nie dotyczy sytuacji, gdy lekarz udzielający konsultacji na rzecz danego świadczeniodawcy nie jest wykazany w harmonogramie – zasoby, stanowiącym załącznik do umowy z NFZ zawartej przez tego świadczeniodawcę na zakres świadczeń, w ramach którego odbywa się taka konsultacja. Zasada ta analogicznie odnosi się do kwestii poruszonych w pytaniach 3 i 4.

- **czy lekarz pracujący w szpitalu na etacie i dyżurujący w tym samym szpitalu na podstawie umowy kontraktowej może otrzymać podwyżkę?**

Odpowiedź:

Co do zasady w tym samym podmiocie (u tego samego pracodawcy) nie można jednocześnie świadczyć pracy w ramach stosunku pracy i umowy cywilnoprawnej, chyba że, jak wskazuje orzecznictwo sądów, wykonuje się różne zakresy zadań. W takim przypadku należy wskazać, że art. 4 ust. 3 pkt. 1 ustawy dotyczy wyłącznie stosunków pracy, a zatem lekarz specjalista w tej sytuacji otrzyma wzrost wynagrodzenia wynikający z art. 4 ust. 2 ustawy, o ile podpisze stosowne zobowiązanie. Powyższe jest aktualne w przypadku, gdy jednoczesne zatrudnienie przez jednego pracodawcę tego samego lekarza w ramach stosunku pracy i na umowie kontraktowej jest zgodne z prawem.

***Kwestie dotyczące zobowiązania,  
o którym mowa w art. 16j ust. 2b ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o  
zawodach lekarza i lekarza dentystry (tzw. „bon dla rezydentów”)***

- **wielu lekarzy zatrudnionych w szpitalach klinicznych pracuje na 1/4 etatu szpitalnego i 3/4 etatu akademickiego. Czy etat akademicki również będzie się liczył do okresu odpracowywania bonu?**



**Federacja Związków Zawodowych  
Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej  
SERWIS INFORMACYJNY – SIERPIEŃ 2018 r.**

---

Odpowiedź:

Etat akademicki, czyli etat na uniwersytecie medycznym lub innej szkole wyższej nie będzie wliczany do okresu odpracowywania, o którym mowa w art. 16j ust. 2b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Zgodnie z tym przepisem w zamian za podwyższone wynagrodzenie w trakcie trwania rezydentury lekarz może zobowiązać się do wykonywania zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Warunku tego nie spełnia uniwersytet medyczny, ani inna wyższa uczelnia, która zatrudnia lekarza na etacie akademickim.

**- sposób obliczania skróconego okresu, który lekarz powinien odpracować (długość okresu specjalizacji):**

Odpowiedź:

Na potrzeby obliczania okresu „odpracowywania”, w przypadku lekarza, który pobierał zwiększone wynagrodzenie przez okres krótszy niż okres specjalizacji, nie bierze się pod uwagę nieobecności wynikających z ZLA, urlopu macierzyńskiego, urlopu bezpłatnego, urlopu wychowawczego. *Przykładowo:* Lekarka, której okres szkolenia specjalizacyjnego, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów wynosi 5 lat, złożyła wniosek o zwiększone wynagrodzenie dopiero na 3 roku trwania specjalizacji, pracowała 1 rok, później skorzystała z 2 lat na urlopie macierzyńskim/wychowawczym, później ukończyła specjalizację (dodatkowe 2 lata). Pani doktor pobierała zatem zwiększone wynagrodzenie łącznie przez 3 lata. Powinna odpracować: 2 lata x 3/5.

**- ustalenie sposobu obliczania kary w przypadkach okresów niezdolności do pracy (choroby, urlop macierzyński itd.)**

Odpowiedź:

Przez wyrażenie „pobieranie zwiększonego wynagrodzenia zasadniczego” należy rozumieć pobieranie wynagrodzenia zasadniczego w podniesionej (wynikającej z ustawy z dnia 5 lipca 2018r.) wysokości, nie zaś pobieranie zasiłku (niezależnie od jego podstawy). Taka interpretacja wynika m.in. z tego, że wypłacony zasiłek nie wchodzi do podstawy wymiaru innych zasiłków. *Przykładowo:* w przypadku lekarza rezydenta, którego okres szkolenia specjalizacyjnego wynosi 5 lat, który podpisał zobowiązanie na początku specjalizacji na 5 lat, a który 2 razy (w różnych latach specjalizacji) był na ZLA w wymiarze 60 dni (czyli 2x 60 dni):

- specjalizacja ulega wydłużeniu o 120 dni, przy czym przez 66 dni płacone jest wynagrodzenie (ok. 2,2 miesiąca, przy przyjęciu średniej długości miesiąca 30,5 dnia),

**Federacja Związków Zawodowych  
Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej  
SERWIS INFORMACYJNY – SIERPIEŃ 2018 r.**

---

- przez 54 dni płacony jest zasiłek,
- okres pobierania zwiększonego wynagrodzenia, o którym mowa w art. 16j ust. 2g, wynosi 62,2 miesięcy (5x12+2,2),
- w przypadku niewywiązania się z zobowiązania przepracowania 2 lat z kolejnych 5 lat kalendarzowych kara liczona jest tak:  $(5 \times 12 + 2,2) \times 600 \times 75\% = \dots$   
Okres zasiłku nie jest zaliczany do podstawy naliczania kary.

**- czy lekarzowi przysługiwać będzie skarga do WSA od decyzji wojewody w przedmiocie nałożenia kary?**

Odpowiedź:

Tak, zgodnie z art. 16j ust. 2g ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w brzmieniu nadanym przez art. 2 pkt 2 lit. b Ustawy, lekarzowi będzie przysługiwał wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy kierowany do wojewody. A następnie – zgodnie z art. 3 § 2 pkt 1 ustawy dnia 30 sierpnia 2002 r. – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi, taka decyzja będzie mogła być zaskarżona do sądu administracyjnego (zgodnie z tym przepisem kontrola działalności administracji publicznej przez sądy administracyjne obejmuje orzekanie w sprawach skarg na decyzje administracyjne).

**- nieobecność lekarza w pracy (urlop macierzyński, urlop wychowawczy) w trakcie okresu „odpracowywania”**

Odpowiedź:

Aktualnie nie ma podstaw prawnych do wydłużenia pięcioletniego okresu, w którym lekarz ma zrealizować zobowiązanie (np. w przypadku urlopu macierzyńskiego i wychowawczego w tym okresie).

**Kwestie dotyczące dyżurów medycznych w trakcie trwania rezydentury**

**- konieczność regulowania dyżurów medycznych rezydentów w umowach i płacenia przez pracodawców za dyżury poza godzinami płatnymi z MZ (np. tryb nocny)**

Odpowiedź:

Jeżeli lekarz - rezydent pełni dyżur medyczny w ramach realizacji programu specjalizacji to przysługuje mu w tym zakresie wynagrodzenie na podstawie umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne na czas określony w programie specjalizacji w ramach rezydentury. Czas dyżuru wlicza się do czasu pracy i tym samym rezydentowi przysługuje mu za taki dyżur od pracodawcy wynagrodzenie stosownie do art. 95 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej w zw. z art. 1511 § 1-3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks pracy. Minister Zdrowia pokrywać będzie koszty dyżurów medycznych do wysokości określonej w art. 1511 § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks pracy, tj. według stawki za pracę w godzinach

**Federacja Związków Zawodowych  
Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej  
SERWIS INFORMACYJNY – SIERPIEŃ 2018 r.**

---

nadliczbowych przypadających w każdym innym dniu niż niedziele i święta niebędące dla pracownika dniami pracy, zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy, dni wolne od pracy udzielone pracownikowi w zamian za pracę w niedzielę lub w święto, zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy oraz w porze nocnej. Z kolei pracodawca zobowiązany jest pokryć różnicę wynikającą ze stawek minimalnych przewidzianych w Kodeksie Pracy i poziomu finansowania Ministra Zdrowia. Jednocześnie należy podkreślić, że Minister Zdrowia finansuje tylko i wyłącznie dyżury wynikające z programu szkolenia. Ewentualne inne dyżury medyczne pełnione przez lekarza rezydenta finansuje samodzielnie w całości podmiot leczniczy.

**- nieprzedłużanie odbywania specjalizacji**

Odpowiedź:

Stanowisko MZ jest jednoznaczne - odpoczynek lekarza po dyżurze medycznym objętym programem szkolenia specjalizacyjnego powinien być zapewniony, w wymiarze 11 godzin na dobę, a okres odpoczynku nie powoduje przedłużenia szkolenia specjalizacyjnego i jest zaliczany do czasu jego trwania. Stosowne zapisy w powyższym zakresie znajdują się w programach szkolenia specjalizacyjnego, które zostaną zmodyfikowane w terminie do dnia 31 października 2018 r. oraz w umowach pomiędzy Ministrem Zdrowia a podmiotami prowadzącymi szkolenie specjalizacyjne.

**- uzupełnienie podstawowego wymiaru czasu pracy**

W przypadku dyżurów medycznych objętych programem szkolenia specjalizacyjnego, umowy jakie zawiera Minister Zdrowia z podmiotami prowadzącymi szkolenie specjalizacyjne będą zawierały zobowiązanie tychże podmiotów do zapewnienia lekarzom prawa do odpoczynku po obowiązkowym dyżurze medycznym wynikającym z realizacji programu specjalizacji i niedokonywania potrącenia wynagrodzenia za ten czas.

źródło: [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl), dnia 28 sierpnia 2018r.

\* \* \* \* \*

**„Nowa lista leków refundowanych:  
30 nowych produktów objętych refundacją”**

Minister Zdrowia podpisał **Obwieszczenie w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych** obowiązujący na dzień 1 września 2018r.

W porównaniu do poprzedniego obwieszczenia refundacyjnego do listy leków refundowanych **zostało dodanych 30 produktów leczniczych**.

**Federacja Związków Zawodowych  
Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej  
SERWIS INFORMACYJNY – SIERPIEŃ 2018 r.**

---

- dla 97 produktów leczniczych **wprowadzono obniżki** urzędowych cen zbytu (od 0,01 zł do 1483,92 zł)
- dla żadnego produktu leczniczego nie podwyższono urzędowej ceny zbytu
- dla 736 produktów leczniczych **spadną ceny** detaliczne brutto (od 345,72 zł do 0,01 zł)
- dla 61 produktów leczniczych **wzrosną ceny** detaliczne brutto (od 0,03 zł do 5,42 zł)

W obwieszczeniu **nie znajdzie się 50 produktów leczniczych obecnych w poprzednim Obwieszczeniu** – w związku z wpłynięciem wniosków o skrócenie terminu obowiązywania decyzji refundacyjnych lub upłynięciem terminu obowiązywania decyzji refundacyjnych lub odmową refundacji na kolejny okres. Wiceminister Zdrowia Marcin Czech, który odpowiada za obszar refundacji leków, podkreśla że **nowa lista refundacyjna przynosi kolejne zmiany korzystne dla pacjentów** cyt: *"Mamy dobre wiadomości dla chorych na przerost gruczołu krokowego, a także na wirusowe zapalenie wątroby typu C – w obu obszarach refundacją obejmujemy nowe opcje terapeutyczne. Z refundacji leku denozumab korzystać mogą nadal pacjentki w prewencji złamań osteoporotycznych. Także pacjenci przyjmujący lek Xarelto uzyskają korzyści w postaci obniżenia dopłat o około kilkanaście procent w stosunku do pierwotnej ceny tego leku, obowiązującej do czerwca. Ponieważ zbliża się jesień, przy tej okazji pragnę przypomnieć, że już na poprzednim obwieszczeniu refundacyjnym znalazły się szczepionki przeciwko grypie, refundowane dla osób po 65. roku życia. Zachęcam wszystkie starsze osoby, które mają niższą odporność, do skorzystania z tych szczepień"*.

#### **Zmiany na liście aptecznej**

*Adadut (Dutasterydum)* został objęty refundacją w ramach listy aptecznej we wskazaniu: leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego. Jest to nowa opcja terapeutyczna (nowa substancja czynna) w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego.

Produkty lecznicze zawierające lamotryginę, kwas walproinowy (w tym jego sole) oraz wenlafaksynę zostały objęte refundacją we wskazaniu pozarejestacyjnym (off-label): „Leczenie neuralgii i neuropatii w obrębie twarzy”.

#### **Zmiany w programach lekowych**

*Maviret (Glecaprevirum + Pibrentasvirum)* został objęty refundacją jako kolejna opcja terapeutyczna w ramach programu lekowego „Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową”.

**źródło: [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl), dnia 28 sierpnia 2018r.**

\* \* \* \* \*

## „Poprawia się sytuacja finansowa szpitali”

### Zobowiązania wymagalne szpitali obniżają się.

Rok temu suma zobowiązań wymagalnych wszystkich szpitali wynosiła blisko **1,7 mld zł, obecnie jest to 1,47 mld zł**, przy czym ponad połowa dotyczy dostaw m.in. materiałów opatrunkowych, leków oraz sprzętu.

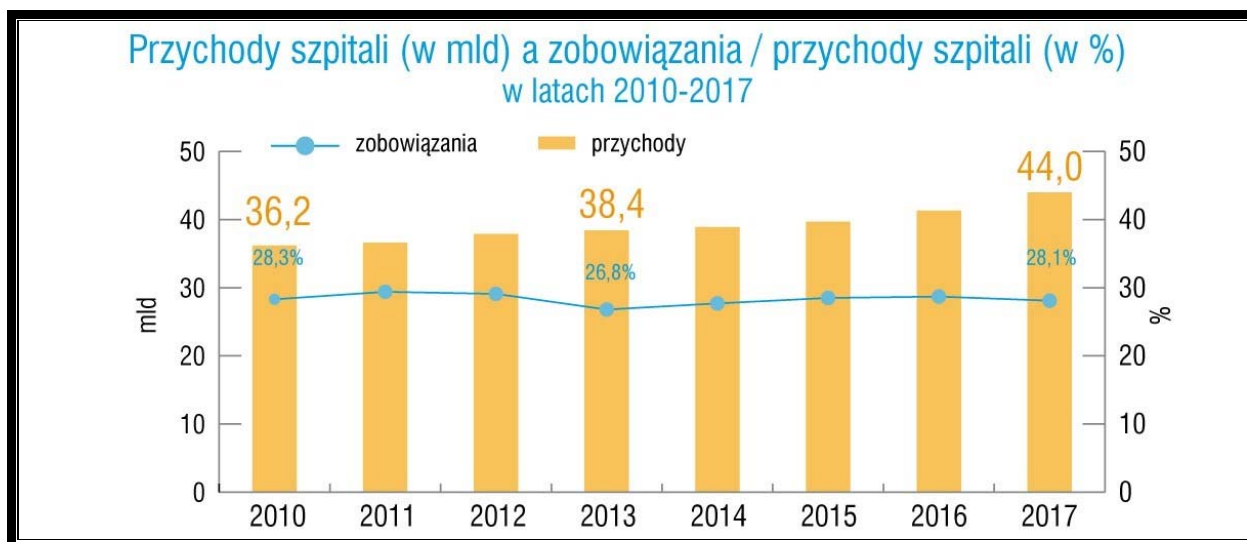
Niższy poziom zobowiązań wymagalnych świadczy o tym, że **sytuacja finansowa szpitali się poprawia**. W 2004r. zobowiązania wymagalne wynosiły blisko 5,9 mld zł, obecnie spadły do 1,47 mld zł - co więcej, obecnie **73% wszystkich SPZOZ w ogóle nie ma zobowiązań wymagalnych**.

Około 80% zobowiązań wymagalnych w systemie szpitalnym generowanych jest przez ok. 50 szpitali, czyli jedynie 4,3% działających SPZOZ. **Problem z zadłużeniem mają często szpitale kliniczne czy instytuty naukowe, a więc jednostki o najwyższym poziomie referencyjności**, realizujące świadczenia ostatniej szansy, gdzie trafiają pacjenci, których leczenie kosztuje znacznie więcej niż średnia krajowa. Wiceminister Zdrowia Sławomir Gadomski tłumaczy cyt.: *"Sytuacja wciąż nie jest zadowalająca, jednak warte podkreślenia jest to, że poprawia się. Maleją zobowiązania wymagalne placówek. Owszem, zadłużenie ogółem rośnie. Od 2005r. do 2015r. utrzymywało poziom 10 mld zł, a od trzech lat rośnie – do 11,8 mld zł po pierwszym kwartale 2018r. Nie jest to jednak zjawisko negatywne, ponieważ działalność szpitali mierzona przychodami wzrosła znacznie bardziej"*.

Suma zobowiązań wymagalnych SPZOZ, dla których organem sprawującym nadzór są powiaty lub miasta na prawach powiatu na koniec I kwartału 2018r. wyniosła **537,2 mln złotych**.

Dla porównania, na koniec 2016r. było to 685,7 mln.

źródło: [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl), dnia 30 sierpnia 2018r.





\* \* \* \* \*

## **„Główny Inspektor Sanitarny powołany”**

**Dr hab. n. med. JAROSŁAW PINKAS został powołany na stanowisko Głównego Inspektora Sanitarnego.**

Wiceminister Zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko wręczając akt powołania nowemu głównemu inspektorowi, jednocześnie podziękowała ustępującemu ze stanowiska **Markowi Posobkiewiczowi** za jego wieloletnią rzetelną pracę, za ogromne zaangażowanie i wkład włożony w prace nad ustawą o tzw. dopalaczach, a także za kreatywny i niepowtarzalny sposób zwracania uwagi na różne zagrożenia z zakresu zdrowia publicznego. Pożegnaniu towarzyszyły życzenia dalszych sukcesów w rozwoju osobistym i zawodowym.

**Marek Posobkiewicz złożył 20 lipca br. rezygnację z pełnienia funkcji Głównego Inspektora Sanitarnego.** Na tym stanowisku zastąpił go Jarosław Pinkas – były wiceminister zdrowia, konsultant krajowy ds. zdrowia publicznego oraz pełnomocnik Prezesa Rady Ministrów do spraw organizacji struktur instytucji publicznych administracji publicznej właściwych w zakresie bezpieczeństwa żywności.

### **Sylwetka JAROSŁAWA PINKASA**

Jarosław Jan Pinkas jest lekarzem, menedżerem, doktorem habilitowanym nauk medycznych, specjalistą w zakresie chirurgii ogólnej, medycyny rodzinnej i zdrowia publicznego, nauczycielem akademickim, konsultantem krajowym w dziedzinie zdrowia publicznego, dyrektorem Szkoły Zdrowia Publicznego w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego.

W latach 2005–2007 pełnił funkcję Podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia, w latach 2015 – 2017 Sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia, a w latach 2017–2018 był Sekretarzem stanu w Kancelarii Premiera.

**źródło: [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl), dnia 30 sierpnia 2018r.**

\* \* \* \* \*



\* \* \* \* \*

## **Decyzje Rady Ministrów w sierpniu 2018 roku**

\* \* \* \* \*

**Rada Ministrów na posiedzeniu  
w dniu 21 sierpnia 2018r. przyjęła:  
*wstępny projekt ustawy budżetowej na 2019 rok  
przedłożony przez Ministra Finansów***

Głównym celem polityki budżetowej prowadzonej przez rząd jest utrzymanie stabilności finansów publicznych przy jednoczesnym wspieraniu wzrostu gospodarczego oraz solidarnościowej polityki społecznej.

**W projekcie budżetu na 2019r. zaplanowano:**

- dochody budżetu państwa: 386,9 mld zł
- wydatki budżetu państwa: 415,4 mld zł
- deficyt budżetu państwa na kwotę nie większą niż: 28,5 mld zł
- deficyt sektora finansów publicznych (według metodologii UE) na poziomie 1,8 % PKB.

**Podstawowe wskaźniki makroekonomiczne:**

- wzrost PKB (w ujęciu realnym o 3,8 %),
- średnioroczny wzrost cen towarów i usług konsumpcyjnych (2,3 %)
- wzrost spożycia prywatnego (w ujęciu nominalnym o 5,9 %)

**Federacja Związków Zawodowych  
Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej  
SERWIS INFORMACYJNY – SIERPIEŃ 2018 r.**

---

Projekt budżetu na 2019r. spełnia kryteria stabilizującej reguły wydatkowej oraz deficytu sektora finansów według metodyki unijnej niższego niż 3 % PKB.

### **Wydatki**

Po stronie wydatkowej budżetu państwa zabezpieczono środki zarówno na kontynuację dotychczasowych, priorytetowych działań rządu, jak również na realizację nowych zadań. Zapewniono m.in. kontynuację finansowania programu "Rodzina 500 plus", którego celem jest pomoc dla rodzin wychowujących dzieci.

#### **Uwzględniono także m.in. skutki wynikające z:**

- realizacji programu „Dobry start”, którego celem jest wsparcie finansowe w ponoszeniu wydatków związanych z rozpoczęciem roku szkolnego w wysokości 300 zł na każde dziecko w wieku szkolnym;
- wprowadzenia tzw. „małego ZUS” dla przedsiębiorców uzyskujących przychód w wysokości nieprzekraczającej w ciągu roku kalendarzowego 30-krotności minimalnego wynagrodzenia;
- wzrostu wynagrodzeń w sferze budżetowej;
- obniżenia wieku emerytalnego do 60 lat dla kobiet oraz 65 lat dla mężczyzn;
- waloryzacji świadczeń emerytalno-rentowych od 1 marca 2019r. wskaźnikiem waloryzacji na poziomie 103,26%;
- podwyższonej w 2018r. renty socjalnej;
- dofinansowania do bezpłatnych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych dla osób, które ukończyły 75 rok życia;
- weryfikacji kryteriów dochodowych uprawniających do świadczeń z pomocy społecznej;
- programu modernizacji Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Ochrony Państwa w latach 2017-2020;
- programu modernizacji Służby Więziennej latach 2017-2020;
- wzrostu wydatków przeznaczanych na finansowanie potrzeb obronnych Rzeczypospolitej Polskiej;
- finansowania zadań w obszarze mieszkalnictwa;
- kontynuacji zadań restrukturyzacyjnych w sektorze górnictwa węgla kamiennego;
- realizacji dopłat do paliwa rolniczego na zwiększonym poziomie

### **Dochody**

Na poziom dochodów podatkowych w 2019r. oprócz sytuacji makroekonomicznej wpływ będzie miała kontynuacja działań z 2018r. oraz nowe działania mające odbudować dochody podatkowe i uszczelnić system podatkowy. Do działań tych należą m. in.:

- wprowadzenie tzw. mechanizmu podzielonej płatności,



**Federacja Związków Zawodowych  
Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej  
SERWIS INFORMACYJNY – SIERPIEŃ 2018 r.**

---

- wprowadzenie ustawy o STIR (przeciwdziałanie wykorzystywaniu sektora finansowego do wyłudzeń skarbowych),
- rozpoczęcie procesu wdrażania systemu elektronicznych kas fiskalnych on-line,
- opodatkowanie akcyzą dwóch nowych wyrobów akcyzowych: płynu do papierosów elektronicznych oraz wyrobów nowatorskich,
- wprowadzenie obowiązku raportowania schematów podatkowych.

Obok zmian mających wzmocnić dochody budżetu państwa, w 2019r. planuje się rozwiązania dotyczące wspierania przedsiębiorczości i innowacyjności, co stanowi realizację rządowej Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju. Zakłada się:

- wprowadzenie nowej 9 % stawki w podatku CIT dla małych i średnich przedsiębiorstw,
- modyfikację preferencji podatkowych związanych ze wspieraniem innowacyjności (tzw. ulgi B+R) w celu zwiększenia inwestycji dokonywanych przez przedsiębiorców

W 2019r., w stosunku do bieżącego roku, zostanie ponownie zwiększony udział gmin we wpływach z podatku PIT. Łączny udział samorządów we wpływach z PIT wzrośnie z 49,83 % w 2018r. do 49,93 % w 2019r.

W przypadku podatku CIT udział samorządów pozostanie na poziomie z 2018r.

**Projekt ustawy budżetowej na 2019 rok uwzględnia budżet środków europejskich, w którym zaplanowano:**

- dochody budżetu środków europejskich: 69,7 mld zł
- wydatki budżetu środków europejskich: 85,3 mld zł
- deficyt budżetu środków europejskich: 15,6 mld zł

źródło: [www.premier.gov.pl](http://www.premier.gov.pl), dnia 21 sierpnia 2018r .

\* \* \* \* \*

**Rada Ministrów na posiedzeniu  
w dniu 28 sierpnia 2018r. przyjęła:**

***projekt ustawy o Pracowniczych Programach Kapitałowych  
przedłożony przez Ministra Finansów***

**Pracownicze Plany Kapitałowe (PPK) to program dodatkowego i dobrowolnego oszczędzania, który jest przeznaczony dla ok. 11,5 mln osób zatrudnionych. Środki zgromadzone w PPK będą stanowić prywatną własność uczestników.**

W 2017r. rząd przyjął Strategię na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju, której kluczowym elementem jest **Program Budowy Kapitału**, służący budowaniu

oszczędności Polaków. Jednym z jego filarów będą PPK, tworzone w celu systematycznego gromadzenia długoterminowych oszczędności przez ich uczestników z przeznaczeniem na wypłatę po zakończeniu aktywności zawodowej. Wprowadzenie powszechnego, długoterminowego oszczędzania jest konieczne, bo jak wynika z „Zielonej Księgi Przeglądu Emerytalnego 2016r.” – **3/4 Polaków nie odkłada pieniędzy na starość, podając jako powód brak wystarczających środków na ten cel.** Opracowując system dodatkowego oszczędzania wzięto pod uwagę, że w przyszłości wysokość świadczeń emerytalnych dla wielu Polaków może być niewystarczająca (dlatego konieczne jest dywersyfikowanie dochodów, aby zapewnić obywatelom godne życie na emeryturze), uwzględniono również procesy demograficzne i ich oddziaływanie na stabilność finansową Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (z jednej strony maleje liczba urodzeń, z drugiej – wydłuża się średnie trwanie życia, co wpływa na sytuację FUS). Od połowy 2019r. gromadzenie oszczędności w ramach PPK będą mogły rozpocząć pierwsze grupy pracowników. Środki zgromadzone w tym programie przez uczestnika PPK zostaną wypłacone mu po osiągnięciu przez niego 60 roku życia (ten sam wiek dla kobiet i mężczyzn, wprowadzono zgodnie z zasadami równego traktowania w odniesieniu do dobrowolnych systemów zabezpieczenia emerytalnego pracowników) - środki zgromadzone w PPK będą stanowiły prywatną własność uczestników.

**W ramach projektowanych rozwiązań przewidziano zawieranie dwóch rodzajów umów:**

- *umowy o zarządzanie PPK* (stronami będą podmiot zatrudniający i instytucja finansowa),
- *umowy o prowadzenie PPK* (stronami będą osoba zatrudniona i instytucja finansowa). Instytucje finansowe to: fundusz inwestycyjny zarządzany przez towarzystwo funduszy inwestycyjnych, fundusz emerytalny zarządzany przez Powszechne Towarzystwo Emerytalne (PTE) albo pracownicze towarzystwo emerytalne lub zakład ubezpieczeń.

**Powszechność systemu PPK nakłada na pracodawców obowiązek zawierania z instytucją finansową umowy o zarządzanie PPK, jeżeli zatrudniają co najmniej jedną osobę** (w imieniu tej osoby pracodawca będzie musiał zawrzeć umowę z instytucją finansową o prowadzenie PPK). Umowa o zarządzanie PPK będzie zawierana z instytucją finansową w postaci elektronicznej, pozwalającej na utrwalenie jej treści na trwałym nośniku. Umowa o prowadzenie PPK będzie zawierana z instytucją finansową, z którą podmiot zatrudniający zawarł umowę o zarządzanie PPK. Umowa o zarządzanie PPK będzie wpisywana do ewidencji PPK prowadzonej przez Polski Fundusz Rozwoju SA. **Pracodawcy będą tworzyć PPK dla wszystkich osób**

**Federacja Związków Zawodowych  
Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej  
SERWIS INFORMACYJNY – SIERPIEŃ 2018 r.**

---

**zatrudnionych** (np. pracowników na etacie i zatrudnionych na umowie-zleceniu). Obowiązek zawierania umów o zarządzanie PPK będzie wprowadzany stopniowo:

- od 1 lipca 2019r. dla podmiotów, które zatrudniają co najmniej 250 osób
- od 1 stycznia 2020r. dla podmiotów zatrudniających co najmniej 50 osób
- od 1 lipca 2020r. dla podmiotów zatrudniających co najmniej 20 osób
- od 1 stycznia 2021r. dla pozostałych podmiotów oraz osób zatrudnionych w jednostkach sektora finansów publicznych.

**Każdy zatrudniony zostanie zapisany do programu automatycznie, ale będzie mógł się z niego wycofać – czyli oszczędzanie w PPK będzie dobrowolne.** Oznacza to, że uczestnik PPK będzie mógł zrezygnować z dokonywania wpłat do PPK na podstawie pisemnej deklaracji złożonej pracodawcy. Założono jednak możliwość ponownego powrotu do programu – co cztery lata pracodawca będzie informował uczestnika PPK, który złożył deklarację o rezygnacji z dokonywania wpłat do PPK, o ponownym dokonywaniu wpłat - oznacza to, że jeśli uczestnik PPK będzie chciał zrezygnować z dokonywania wpłat do PPK, to co 4 lata będzie musiał składać stosowną deklarację. Jednocześnie uczestnik PPK, który zrezygnował z udziału w programie, w każdym momencie będzie mógł ponownie do niego przystąpić.

**Wpłaty do PPK będą dokonywane przez podmiot zatrudniający i uczestnika programu.** Wpłata podstawowa do PPK wyniesie 2% wynagrodzenia, stanowiącego podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe od uczestnika programu i 1,5 % wynagrodzenia, stanowiącego podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe od podmiotu zatrudniającego. Uczestnik PPK, którego miesięczne wynagrodzenie uzyskiwane z różnych źródeł, będzie równe lub niższe niż 120% minimalnego wynagrodzenia w danym roku – będzie mógł dokonywać wpłaty podstawowej niższej niż 2%, ale nie mniejszej niż 0,5% - to propozycja dla osób najmniej zarabiających.

**Podmiot zatrudniający będzie mógł zadeklarować w umowie o zarządzanie PPK dokonywanie wpłaty dodatkowej w wysokości do 2,5%.** Oznacza to, że pracodawca każdemu pracownikowi będzie dodawał przynajmniej 1,5%, ale nie więcej niż 4% (wpłata podstawowa i dodatkowa). **Uczestnik PPK będzie mógł także zadeklarować wpłatę dodatkową do 2%, co daje łącznie maksymalnie 4%(wpłata podstawowa i dodatkowa).**

W efekcie, na konto pracownika w PPK będzie mogła wpływać łączna wpłata od 3,5 do 8% wynagrodzenia. Podmiot zatrudniający za niewywiązanie się z obowiązku dokonywania wpłat do PPK będzie podlegał grzywnie w wysokości

**Federacja Związków Zawodowych  
Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej  
SERWIS INFORMACYJNY – SIERPIEŃ 2018 r.**

---

od 1000 do 1 mln zł. Realizacja obowiązku tworzenia i prowadzenia PPK będzie kontrolowana przez Państwową Inspekcję Pracy.

Przewidziano także specjalne wsparcie ze strony państwa dla uczestników PPK. Zachętą do rozpoczęcia i kontynuowania oszczędzania ma być jednorazowa „**wpłata powitalna**” w wysokości **250 zł dla każdego uczestnika PPK, która będzie finansowana z Funduszu Pracy**. Zachętą do systematycznego oszczędzania będą także coroczne dopłaty do rachunku uczestnika w PPK - w praktyce będzie to „dopłata roczna” w wysokości 240 zł (wypłacona po spełnieniu warunków określonych w ustawie), która również zostanie sfinansowana z Funduszu Pracy.

**Każda instytucja finansowa będzie musiała zadbać o to, aby zarządzane przez nią środki mogły być lokowane w tzw. funduszach zdefiniowanej daty stosujących odmienne zasady polityki inwestycyjnej uwzględniające różny wiek uczestników PPK**, w liczbie odpowiadającej co najmniej liczbie ograniczeń poziomu ryzyka inwestycyjnego w zależności od wieku uczestnika (w uproszczeniu: fundusze zdefiniowanej daty będą swego rodzaju funduszami cyklu życia, pozwalającymi na zapewnienie racjonalnego inwestowania zgromadzonych środków, tak aby środki gromadzone w ramach PPK przez uczestników zbliżających się do 60 roku życia były inwestowane w sposób coraz bardziej bezpieczny). Fundusze inwestycyjne lub fundusze emerytalne, w których będą gromadzone środki PPK mogą inwestować do 30% zgromadzonych aktywów w aktywach denominowanych w walutach obcych.

Przyjęto, że wynagrodzenie za zarządzanie funduszem inwestycyjnym, funduszem emerytalnym lub subfunduszem, będącymi funduszami zdefiniowanej daty, w których lokowane będą środki gromadzone w PPK, nie będzie mogło być większe niż 0,5% wartości aktywów netto w skali roku. Całkowity limit opłat pobieranych przez instytucje finansowe określono na poziomie do 0,6% wartości aktywów netto takiej instytucji (nie więcej niż 0,1% będzie stanowiła tzw. opłata za osiągnięcie określonego wyniku inwestycyjnego). Ważnym elementem nowego systemu oszczędnościowego będzie także ewidencja Pracowniczych Planów Kapitałowych, prowadzona przez Polski Fundusz Rozwoju SA w systemie teleinformatycznym.

Będzie ona obejmować ewidencje:

- towarzystw funduszy inwestycyjnych, PTE, pracowniczych towarzystw emerytalnych i zakładów ubezpieczeń spełniających wymogi określone w ustawie
- podmiotów zatrudniających, które zawarły umowy o zarządzanie PPK
- umów o zarządzanie PPK zawartych przez podmioty zatrudniające
- uczestników PPK

**Federacja Związków Zawodowych  
Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej  
SERWIS INFORMACYJNY – SIERPIEŃ 2018 r.**

---

Stworzony zostanie także portal PPK, który będzie miał funkcję informacyjną dla uczestników PPK. Będzie on służył do prezentacji ofert instytucji finansowych adresowanych do podmiotów zatrudniających, a w przyszłości również do informowania uczestników PPK o wartości zgromadzonych przez nich środków. Będzie on prowadzony przez spółkę zależną od Polskiego Funduszu Rozwoju SA („operatora portalu”). Uregulowano także kwestię podziału środków w sytuacji rozvodu lub unieważnienia małżeństwa oraz w przypadku śmierci uczestnika PPK (dziedziczenie). Wprowadzono także regulacje obejmujące takie zagadnienia, jak rozporządzanie środkami zgromadzonymi w PPK, wypłaty, wypłaty transferowe i zwrot.

**Jeśli uczestnik PPK po osiągnięciu 60 roku życia zdecyduje o wypłacie zgromadzonych środków to 25% zostanie mu wypłaconych jednorazowo, a pozostałe 75% zostanie wypłaconych w co najmniej 120 miesięcznych ratach (10 lat).** Uczestnik programu, po osiągnięciu 60 roku życia, będzie mógł także wnioskować o wypłatę środków zgromadzonych w PPK w formie świadczenia małżeńskiego. Będzie to możliwe, gdy małżonek uczestnika PPK również osiągnie 60 rok życia, a małżonkowie wspólnie oświadczą, że chcą skorzystać w wypłaty w formie świadczenia małżeńskiego. Świadczenie to będzie wypłacane przez 120 miesięcy (ma być wypłacane małżonkom wspólnie aż do wyczerpania środków). Jednak w przypadku śmierci jednego z nich, świadczenie to będzie wypłacane drugiemu w dotychczasowej wysokości, aż do wyczerpania zasobów. Ponadto – przed osiągnięciem 60 roku życia – będzie można wnioskować o wypłatę do 25% środków w przypadku poważnego zachorowania pracownika, jego małżonka lub dziecka - poważne zachorowanie obejmie trwałą niezdolność do pracy uprawniającą do otrzymania renty z tytułu niezdolności do pracy (na podstawie ustawy z 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z FUS) oraz wymienione w ustawie poważne stany chorobowe. W takich przypadkach wypłata, w zależności od wniosku uczestnika, będzie dokonywana jednorazowo albo w ratach - nie będzie konieczny zwrot tych środków.

**Możliwe będzie także jednorazowe, wcześniejsze wypłacenie środków z PPK na sfinansowanie wkładu własnego do kredytu np. przy zakupie mieszkania lub domu – z obowiązkiem zwrotu w ciągu 15 lat.**

Rada Ministrów będzie dokonywać przeglądu funkcjonowania PPK po wejściu w życie ustawy i ma przedkładać Sejmowi informację o skutkach jej obowiązywania wraz z propozycjami zmian nie rzadziej niż co 4 lata. Ustawa ma wejść w życie z 1 stycznia 2019r., z wyjątkiem części przepisów, które zaczną obowiązywać w innych terminach.

**źródło: [www.premier.gov.pl](http://www.premier.gov.pl), dnia 28 sierpnia 2018r .**

\* \* \* \* \*

**Ustawy podpisane przez Prezydenta  
w sierpniu 2018 r.**

\* \* \* \* \*

**INFORMACJA**

**w sprawie ustawy z dnia 5 lipca 2018r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw**

Ustawa nowelizuje:

- 1)** ustawę z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, ze zm.);
- 2)** ustawę z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2018 r. poz. 617, ze zm.);
- 3)** ustawę z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, ze zm.).

**Zmiana ustawy o świadczeniach zmierza do przyspieszenia tempa wzrostu nakładów finansowych na publiczny system ochrony zdrowia w taki sposób, aby środki finansowe w wysokości nie niższej niż 6% produktu krajowego brutto były przeznaczane na ochronę zdrowia już od 2024r.** Dotychczasowe brzmienie ustawy o świadczeniach zakładało osiągnięcie powyższej wysokości od roku 2025. Konsekwencją wprowadzonej zmiany jest wzrost odsetek środków finansowych w stosunku do Produktu Krajowego Brutto, jakie corocznie będą przeznaczane na ochronę zdrowia, przez przyjęcie, że **wysokość środków finansowych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia w latach 2018–2023 nie może być niższa niż:**

- **4,78% produktu krajowego brutto w 2018r. (obecnie jest to 4,67%)**
- **4,86% produktu krajowego brutto w 2019r. (obecnie jest to 4,86%)**
- **5,03% produktu krajowego brutto w 2020r. (obecnie jest to 5,03%)**
- **5,30% produktu krajowego brutto w 2021r. (obecnie jest to 5,22%)**
- **5,55% produktu krajowego brutto w 2022r. (obecnie jest to 5,41%)**
- **5,80% produktu krajowego brutto w 2023r. (obecnie jest to 5,60%)**

W ustawie o świadczeniach wprowadzono zmianę, która pozwoli utrzymać w 2019r. finansowanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom

nieubezpieczonym w formie ryczałtu – w kwocie 320 232 tys. zł – przekazywanego NFZ jako dotacja z budżetu państwa.

Ustawa o świadczeniach po zmianie art. 47 i dodaniu w ust. 1b pkt 2 przyznaje prawo do wyrobów medycznych na zasadach, o których mowa w ust. 1a, również świadczeniobiorcom posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

Przepis ten wejdzie w życie z dniem ogłoszenia, z mocą od dnia 1 lipca 2018r.

**Nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry ma na celu zmianę zasad finansowania dyżurów medycznych pełnionych w ramach realizacji programu specjalizacji przez lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury.**

**Po pierwsze,** przyjęte zmiany oznaczają, że lekarzowi, który odbywa szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury, pełniącemu dyżur medyczny w ramach realizacji programu specjalizacji, za pełnienie dyżuru będzie przysługiwało wynagrodzenie na podstawie umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne.

Po drugie, lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury będzie mógł zobowiązać się do wykonywania zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w podmiocie leczniczym, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w łącznym okresie dwóch lat z 5 kolejnych lat przypadających od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym co najmniej równoważnikowi jednego etatu i otrzymać w zamian wynagrodzenie zasadnicze wyższe o kwotę 700 zł brutto miesięcznie w przypadku szkolenia specjalizacyjnego w priorytetowej dziedzinie medycyny, albo o kwotę 600 zł brutto miesięcznie w przypadku szkolenia specjalizacyjnego w innej dziedzinie medycyny. Zwiększone wynagrodzenie zasadnicze przysługiwać będzie od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz złożył deklarację, przy czym wyjątek stanowią ci lekarze, którzy złożą deklarację w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie ustawy, bowiem wówczas otrzymają zwiększenie wynagrodzenia, począwszy od 1 lipca 2018r.

Zmiana ustawy przyznaje ochronę prawną należną funkcjonariuszowi publicznemu lekarzowi i lekarzowi dentyście wykonującym zawód w podmiocie prowadzącym działalność leczniczą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**Ustawa gwarantuje środki finansowe na lata 2018–2020 z przeznaczeniem na podwyżkę wynagrodzeń zasadniczych do wysokości 6750 zł brutto miesięcznie w przeliczeniu na pełny etat dla lekarzy i lekarzy dentystów posiadających specjalizację.**

Przepisy dotyczące wzrostu wynagrodzeń obejmą lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę u świadczeniodawców, którzy zawarli z NFZ umowy obejmujące udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych i uczestniczą w udzielaniu tych świadczeń i którzy zobowiążą się wobec pracodawcy do nieudzielania odpłatnie świadczeń opieki zdrowotnej u innego świadczeniodawcy realizującego umowę z co najmniej jednego z zakresów, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 3, 4, 6–12, 15 i 16 ustawy o świadczeniach, z wyłączeniem świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładach rehabilitacji leczniczej i zakładach opieki długoterminowej. Pierwsze zobowiązanie do nieudzielenia odpłatnie świadczeń opieki zdrowotnej u innego świadczeniodawcy lekarze będą mogli złożyć w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie ustawy. Lekarzowi, który złożył zobowiązanie w tym terminie ze skutkiem od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu złożenia tego zobowiązania, pracodawca będzie podwyższał wynagrodzenie od dnia 1 lipca 2018r.

**Ustawa wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem:**

- 1)** art. 1 pkt. 2, który wchodzi w życie z dniem ogłoszenia, z mocą od dnia 1 lipca 2018 r. (przepis dotyczy prawa do wyrobów medycznych przyznanego nowej grupie podmiotów);
- 2)** art. 1 pkt. 1, pkt. 2 lit. a i b w zakresie art. 97 ust. 8a zdanie drugie i pkt 3 w zakresie art. 116 ust. 1 pkt 5 oraz art. 11, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2019r. (przepisy dotyczące dotacji dla NFZ na finansowanie świadczeń dla osób nieubezpieczonych);
- 3)** art. 3 pkt. 2, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2028r. (uchylenie klauzuli „opt-out”, która umożliwiała – za zgodą pracownika wykonującego zawód medyczny i posiadającego wyższe wykształcenie – pracę w wymiarze przekraczającym 48 godzin na tydzień).

\* \* \* \* \*



\* \* \* \* \*

## INFORMACJA

### **w sprawie ustawy z dnia 20 lipca 2018r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej**

**Celem ustawy jest poprawa skuteczności przeciwdziałania zagrożeniom dla zdrowia publicznego powodowanym przez nowe substancje psychoaktywne zawarte w tzw. dopalaczach.** Dynamiczny rozwój wprowadzania do obrotu środków zastępczych oraz nowych substancji psychoaktywnych sprawił, że dotychczasowe przepisy, które kwestię odpowiedzialności za czyny w zakresie wytwarzania i wprowadzania do obrotu tych substancji sytuują na poziomie administracyjnym, są niewystarczające. Ustawodawca przyjął, że **pochodzące z dopalaczy, lecz zidentyfikowane już substancje psychoaktywne, traktować należy analogicznie do środków odurzających i substancji psychotropowych.** Tym samym czyny zabronione względem tych substancji będą wiązały się z zastosowaniem odpowiedzialności karnej. **Ustawa modyfikuje definicje środka odurzającego, substancji psychotropowej i nowej substancji psychoaktywnej, wskazując w sposób ogólny w ustawie, czym są owe substancje i środki, jednocześnie formułując upoważnienie dla ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia, wykazu substancji psychotropowych z podziałem na grupy, wykazu środków odurzających z podziałem na grupy oraz wykazu nowych substancji psychoaktywnych.**

Zgodnie z uchwaloną ustawą, **nowe substancje zawarte w dopalaczach będą podlegały ocenie funkcjonującego obecnie przy Ministrze Zdrowia Zespołu do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych.** Zespół będzie rekomendował ministrowi umieszczenie ich w wykazie nowych substancji psychoaktywnych. Wykaz nowych substancji psychoaktywnych będzie mógł przy tym zawierać nie tylko nowe substancje psychoaktywne, ale także ich grupy. **Ustawodawca wprowadził tym samym możliwość definiowania kontrolowanych substancji nie w oparciu o listy indywidualnych substancji, ale o ich grupy o określonej strukturze chemicznej, czyli tzw. prawo generyczne.** Ujęcie substancji w rozporządzeniu następuje w związku z szybkim tempem pojawiania się nowych substancji. W przypadku rozporządzenia, czas niezbędny do prowadzenia prac legislacyjnych jest krótszy niż w przypadku zmiany regulacji ustawowych, co ma przede wszystkim umożliwić skuteczniejszą oraz szybszą ochronę społeczeństwa przed niebezpiecznymi substancjami.

Ponadto ustawodawca uzupełnił przepisy ustawy z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii o rozwiązania, które z założenia mają przyczynić się do **zwiększenia skuteczności profilaktyki narkomanii w środowisku szkolnym oraz posłużyć minimalizowaniu ryzyka sięgania po różne środki i substancje psychoaktywne przez dzieci i młodzież w wieku szkolnym**. Ustawa uzupełnia również przepisy w zakresie leczenia i rehabilitacji o nowe substancje psychoaktywne, mając na uwadze, że powodują one uzależnienie.

**Po wejściu ustawy w życie, certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień** będzie mogła otrzymać wyłącznie osoba, która posiada tytuł zawodowy lekarza lub tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa, lub osoba, która uzyskała tytuł magistra po studiach na kierunkach: praca socjalna, psychologia, pedagogika, pedagogika specjalna, socjologia, resocjalizacja, zdrowie publiczne, nauki o rodzinie, teologia lub filozofia. Rozwiązanie takie podyktowane jest potrzebą ujednoczenia przepisów w obszarze dotyczącym szkoleń certyfikujących. W przypadku wykonywania działalności dotyczącej wytwarzania, przetwarzania, przerabiania, przywozu, wywozu, wewnątrzspółnotowej dostawy lub wewnątrzspółnotowego nabycia oraz wprowadzenia do obrotu nowej substancji psychoaktywnej przedsiębiorcy prowadzący taką działalność co do zasady będą musieli uzyskać na nią zezwolenie od inspektora do spraw substancji chemicznych. **Przedsiębiorcę zobowiązano także do przekazywania inspektorowi do dnia 31 marca każdego roku informacji za rok poprzedni o prowadzonej działalności oraz do prowadzenia ewidencji nowych substancji psychoaktywnych** według dat ich nabycia lub wejścia w ich posiadanie przez 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego. Przedsiębiorca będący odbiorcą nowej substancji psychoaktywnej będzie sporządzał dla każdej transakcji deklarację zastosowania nowej substancji psychoaktywnej. **Za wytwarzanie lub wprowadzanie do obrotu środków zastępczych nadal groziła będzie administracyjna kara pieniężna od 20 000 zł do 1 000 000 zł.**

Substancje zidentyfikowane już z dopalaczach oraz nowe substancje, które w opinii Zespołu działającego przy Ministrze Zdrowia, spełniają kryteria ustawowej definicji nowej substancji psychoaktywnej, będą traktowane przez prawo na równi z narkotykami.

Ustawa wprowadza penalizację posiadania na własny użytek nowych substancji psychoaktywnych pod groźbą grzywny, kary ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3. **Zasadniczym celem ustawy jest jednak objęcie przepisami karnymi przede wszystkim czynów związanych z dystrybucją tych substancji i stworzenie instrumentów prawnych umożliwiających odpowiedzialność osób z nią związanych.**

**Wytwarzanie, przetwarzanie albo przerabianie nowych substancji psychoaktywnych, wbrew przepisom ustawy, będzie podlegało grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3.** Jeżeli przedmiotem czynu będzie znaczna ilość środków odurzających, substancji psychotropowych, słomy makowej lub nowych substancji psychoaktywnych, lub czyn ten zostanie popełniony w celu osiągnięcia korzyści majątkowej lub osobistej, sprawca podlegać będzie karze grzywny i karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 3. **Analogicznie do narkotyków, penalizowane będą również czyny związane z przyrządami służącymi do wytwarzania nowych substancji psychoaktywnych przywóz, wywóz, przewóz, wewnątrzspółnotowe nabycie lub wewnątrzspółnotowa dostawa nowych substancji psychoaktywnych będą podlegały grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 5,** a zatem takiej samej jak w wypadku środków odurzających lub substancji psychotropowych. **Zaostrzona odpowiedzialność dotyczyć będzie znacznej ilości środków odurzających albo sytuacji, gdy czyn został popełniony w celu osiągnięcia korzyści majątkowej.** Penalizowane zostanie również wprowadzanie do obrotu nowych substancji psychoaktywnych, udzielanie jej innej osobie, a w przypadku udzielania jej małoletniemu, sankcja przewiduje zagrożenie karą pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.

Ustawa wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem art. 1 pkt. 20 w zakresie dotyczącym art. 40a ust. 2 i 8 (regulacje w zakresie prowadzenia działalności przez przedsiębiorcę posiadającego status centrum badawczo-rozwojowego oraz prowadzącego badania naukowe lub prace rozwojowe, w zakresie wskazanym w ustawie), który wejdzie w życie z dniem 1 października 2018r.

\* \* \* \* \*

## **INFORMACJA**

### ***w sprawie ustawy z dnia 20 lipca 2018r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw***

Celem ustawy jest przede wszystkim wprowadzenie do *ustawy z dnia 28 kwietnia 2011r. o systemie informacji w ochronie zdrowia* regulacji dotyczącej **Internetowego Konta Pacjenta**. Internetowe Konto Pacjenta umożliwi pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, dostęp do informacji o:

- 1)** udzielonych i planowanych świadczeniach opieki zdrowotnej zgromadzonych w Systemie Informacji Medycznej oraz kwot środków publicznych wydatkowanych na sfinansowanie udzielonych mu świadczeń,

- 2) posiadaniem w danym dniu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej oraz podstawie tego prawa,
- 3) wystawionych zaświadczeniach lekarskich z ustawy o świadczeniach lekarskich w razie choroby i macierzyństwa,
- 4) wysokości płaconej składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- 5) wysokości kwoty podlegającej refundacji dla poszczególnych produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych.

**Ponadto za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta, pacjent będzie mógł składać oświadczenie o:**

- 1) upoważnieniu przez siebie innej osoby do dostępu do dokumentacji medycznej,
- 2) wyrażeniu zgody (lub jej wycofaniu) na udzielanie informacji o stanie swego zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania czy też wynikach leczenia,
- 3) wyrażeniu zgody (lub jej odmowie) na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych.

**Ustawa zakłada integrację Internetowego Konta Pacjenta z systemem prowadzonym przez NFZ, tj. Zintegrowanym Informatorem Pacjenta. Pacjent poprzez Zintegrowany Informator Pacjenta będzie miał dostęp do danych zgromadzonych w jego Internetowym Koncie Pacjenta.**

Ustawa zawiera także uregulowania w sprawie **identyfikatorów używanych w systemie informacji o ochronie zdrowia**. Obecnie w systemie informacji w ochronie zdrowia funkcjonują cztery unikalne identyfikatory, które częściowo uregulowane są na poziomie ustawy a częściowo powinny być określone w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia. Ustawodawca uznał ten dualizm za niecelowy. W związku z powyższym, **określono w całości wprost w ustawie identyfikator usługobiorcy, identyfikator usługodawcy, identyfikator miejsca udzielenia świadczenia dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz identyfikator pracownika medycznego.**

Ustawa wprowadza dla usługodawców i podmiotów prowadzących rejestry medyczne obowiązek zapewnienia zgodności ich systemów teleinformatycznych z minimalnymi wymaganiami technicznymi i funkcjonalnymi zamieszczanymi w Biuletynie Informacji Publicznej ministra właściwego do spraw zdrowia, w terminie 9 miesięcy od dnia ich zamieszczenia.

Jednocześnie **w ustawie wskazano, że termin ten może ulec wydłużeniu przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w drodze obwieszczenia.** Celem tej regulacji jest ujednoczenie systemów lokalnych usługodawców oraz rejestrów medycznych pod względem technicznym oraz funkcjonalności. Jak wskazano w uzasadnieniu do ustawy, obecnie często systemy teleinformatyczne usługodawców oraz podmiotów prowadzących rejestry medyczne są tworzone pod kątem potrzeb danego podmiotu, co utrudnia wymianę informacji i danych. Ujednoczenie funkcjonalności systemów w znaczący sposób ułatwi także pacjentowi kontakt z systemem ochrony zdrowia.

Ustawa z dnia 20 lipca 2018r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, poza wskazanymi powyżej zmianami wprowadzonymi do ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, **wprowadza także liczne zmiany w innych ustawach:**

- w ustawie z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty – **zmiany dotyczą orzekania o stanie zdrowia oraz przekazywania recept**
- w ustawie z dnia 6 września 2001r. – Prawo farmaceutyczne – **zmiany dotyczą dopuszczenia sprzedaży wysyłkowej niektórych produktów leczniczych przez apteki ogólnodostępne i punkty apteczne, uregulowania kwestii realizacji recept w postaci elektronicznej w przypadku awarii systemu Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analiz i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, realizacja recept w takiej sytuacji realizowana będzie na podstawie wydruku po okazaniu dokumentu potwierdzającego tożsamość. Ponadto wprowadzono przepis uprawniający Głównego Inspektora Farmaceutycznego do udostępniania Narodowemu Funduszowi Zdrowia danych objętych wpisem do Krajowego Rejestru Zezwoleń na Prowadzenie Aptek Ogólnodostępnych, Punktów Aptecznych oraz Rejestru Udzielonych Zezwoleń na Prowadzenie Aptek Szpitalnych,**
- w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – zmiany obejmują **wprowadzenie regulacji dotyczącej zakresu i celu przetwarzania danych przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.** Wprowadzono również zmianę polegającą na **dodaniu Narodowemu Funduszowi Zdrowia nowego zadania** w postaci organizacji wspólnych postępowań na zakup leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przysługujących świadczeniobiorcom, w przypadku gdy umowa o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej będzie przewidywała, że świadczenie

**Federacja Związków Zawodowych  
Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej  
SERWIS INFORMACYJNY – SIERPIEŃ 2018 r.**

---

zdrowotne rzeczowe będzie dostarczane świadczeniodawcy po przeprowadzeniu wspólnego postępowania,

- w *ustawie z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* – zmiany dotyczą **wprowadzenia regulacji, zgodnie z którą w przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę na przeprowadzenia badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych, w przypadku zgód udzielonych za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta, wyraża się w formie dokumentowej.** Ponadto dodano przepis, zgodnie z którym informacja o kwocie środków publicznych należnych podmiotowi udzielającemu świadczeń opieki zdrowotnej za udzielenie tych świadczeń, będzie mogła być zamieszczona także w dokumentacji medycznej,
- w *ustawie z dnia 12 maja 2011r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych* – wprowadzono obszerne **zmiany dotyczące zaopatrzenia i zlecenia napraw wyrobów medycznych,**
- w *ustawie z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej* – wprowadzono **zmianę dotyczącą wystawiania recept przez pielęgniarki i położne,**
- w *ustawie z dnia 7 czerwca 2018r. o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz o zmianie niektórych innych ustaw* – wprowadzono **zmianę dotyczącą kolejnego przesunięcia terminu z 30 września 2018r. na 1 kwietnia 2019r. obowiązku raportowania danych przez podmioty za pośrednictwem Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi.**

Ustawa ma wejść w życie zasadniczo po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem niektórych regulacji.

**\* \* \* \* \***

**\* \* \* \* \***

**Projekty aktów prawnych  
opiniowane przez Federację ZZPOZ i PS  
w sierpniu 2018 r.**

**\* \* \* \* \***

**Federacja ZZPOZ i PS nie zgłosiła uwag  
do następujących projektów rozporządzeń i ich nowelizacji**

- projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny
- projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie odznak „Dawca Przeszczepu” i „Zasłużony Dawca Przeszczepu”
- projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie oświadczeń o braku konfliktu interesów
- projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wywozu z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i przywozu na to terytorium ludzkich komórek, tkanek i narządów
- projektu rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie wystawiania, realizacji i ewidencjonowania zapotrzebowani zbiorczych i imiennych podmiotu leczniczego dla osób pozbawionych wolności na produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne oraz sposobu sporządzania leku recepturowego lub aptecznego
- projektu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej zmieniającego rozporządzenie w sprawie środowiskowych domów samopomocy

**\* \* \* \* \***

**Obecnie w konsultacjach społecznych  
znajdują się poniższe projekty aktów prawnych:**

- obywatelski projekt ustawy o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi
- projekt ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z e - skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej

- projekt ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw
- projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Programu pilotażowego dotyczącego nowych zasad finansowania i sprawozdawczości w fizjoterapii ambulatoryjnej
- rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia
- projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego
- projekt ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego
- projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi

\* \* \* \* \*

**OPINIA Federacji ZZPOZ i PS i OPZZ**

**do pakietu 3 projektów rozporządzeń Ministra Zdrowia:**

- *w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*
- *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*
- *w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania*

**Przedłożone projekty nowelizacji rozporządzeń opiniujemy negatywnie ze względu na sposób ich realizacji przez rząd.**

1. Projekty są realizacją podpisanego w dniu 9 lipca 2018 roku przez Ministra Zdrowia Porozumienia z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych i Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych oraz NFZ. Zdarzyło się to w czasie, gdy rozmowy dotyczące systemowego wzrostu wynagrodzeń dla wszystkich pracowników ochrony zdrowia były i są aktualnie prowadzone w ramach Rady Dialogu Społecznego.

Federacja ZZPOZ i PS oraz organizacje branżowe zrzeszone w OPZZ, jak wielokrotnie podkreślaliśmy, reprezentują większość zawodów pracujących w ochronie zdrowia. Nigdy nie kwestionowaliśmy roli zawodu pielęgniarek i



położnych w systemie i godziwego ich wynagradzania, jednak zawsze staliśmy na stanowisku, że nie może to dokonywać kosztem innych zawodów.

W 2015 roku, kiedy po raz pierwszy zostało podpisane Porozumienie pomiędzy ówczesnym Ministrem Zdrowia a przedstawicielkami środowisk pielęgniarских, wdrażane w drodze rozporządzeń zapisy ówczesnego porozumienia – zostały uchwalone z naruszeniem prawa co najmniej z dwóch względów: **1)** dyskryminującego różnicowania pozycji płacowej pracowników ochrony zdrowia, poprzez wskazanie wprost propozycji wzrostu wynagrodzeń wyłącznie dla grupy zawodowej pielęgniarek i położnych, kosztem innych pracujących w ochronie zdrowia oraz **2)** jednoznacznie niekonstytucyjnych przepisów projektu rozporządzenia wskazujących na dyskryminację pozostałych organizacji związkowych.

Przedstawione w obecnym kształcie nowelizacje projektów rozporządzeń będące efektem nowej wersji Porozumienia płacowego z dnia 9 lipca 2018 roku – niestety utrwalają złe prawo. Jest ono powielone w trzech zasadniczych obszarach: trybu konsultacji społecznych, zakresu podmiotowego i przedmiotowego regulacji oraz źródeł finansowania. Stąd, z powyższych zasadniczych względów, trudno pozytywnie ocenić przedmiotowe regulacje.

## **2. Tryb konsultacji społecznych**

Projekty rozporządzeń zostały przekazane do konsultacji społecznych z datą 26 lipca 2018 roku, co nie jest bez znaczenia, gdyż w tym samym dniu miało miejsce posiedzenie Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia z udziałem sygnatariuszy Porozumienia z dnia 9 lipca br.

Osobisty udział Pana Ministra i jego słowa deklaracji o szerokich i demokratycznych konsultacjach wdrażania zapisów porozumienia przyjęliśmy jako zielone światło do korekty „klimatu” dialogu społecznego w ochronie zdrowia. Zaufanie to zostało mocno nadszarpnięte z racji skierowania w dniu następnym przedstawionych niniejszych projektów rozporządzeń, z datą na zgłoszenie uwag kilku dni (początkowo do 3 sierpnia br.). Podczas posiedzenia Zespołu, Pan Minister nie wspomniał, że projekty rozporządzeń są już przygotowane. Taki tryb stanowienia prawa nie może być akceptowany.

## **3. Zakres podmiotowy**

Projekty rozporządzeń wdrażają część zapisów Porozumienia odnośnie: **1)** włączenia pielęgniarkom i położnym, zatrudnionym na podstawie umów o pracę, wzrostu wynagrodzenia zasadniczego w wysokości nie niższej niż 1200 zł miesięcznie od dnia 1 lipca 2019 roku w przeliczeniu na jeden pełen etat, z tym, że od dnia 1 września 2018 roku – w wysokości nie niższej niż 1100 zł miesięcznie; **2)** zmian dotyczących terminów przekazywania informacji o liczbie pielęgniarek/położnych, polegających na przedłużeniu terminu składania tej

informacji z 14 na 31 sierpnia; **3)** przekazania odrębnych (dodatkowych) środków finansowych na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych.

Nie wskazano wprost, czy nowelizacje dokonują korekty zakresu podmiotowego, także wewnątrz grup zawodowych, o jakich stanowi porozumienie. Wielokrotnie wskazywaliśmy, że pomijanych jest wiele grup, także pielęgniarek i położnych czy ratowników medycznych (o których mowa w ad. 3) ze względu na miejsce zatrudnienia u świadczeniodawcy (inspekcja sanitarna, medycyna pracy, pielęgniarki zatrudnione w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej itp.) Obecne nowelizacje wskazują jedynie, że wskazane mechanizmy płacowe będą się odnosiły do pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej, ale nie odnoszą się do pozostałych.

#### **4. Finansowanie**

Skutki finansowe wskazane w jednym z projektów rozporządzeń stanowią, że w okresie 10 lat w wydatkach ogółem wyniosą one łącznie (budżet państwa, NFZ, jednostki samorządu terytorialnego, ZUS) 12 255 mld zł (już w skali pierwszego roku obowiązywania to koszt ponad 1 mld zł).

Ważną jest w tym kontekście odpowiedź na pytanie: z jakich środków i w jakiej wysokości będą pokryte skutki w/w podwyżek dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych w podmiotach leczniczych, które są finansowane w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz czy będą to środki dodatkowe czy w ramach dostępnych na świadczenia opieki zdrowotnej dla pacjentów?

#### **5. Konstytucyjność regulacji**

Obecne nowelizacje projektów rozporządzeń nie zmieniają zapisów uchwalonych w 2015 roku odnoszących się do uzgodnień na szczeblu zakładowym porozumień dotyczących sposobu podziału środków na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych z uzgodnionym z przedstawicielami związków zawodowych pielęgniarek i położnych zrzeszających wyłącznie pielęgniarki i położne, działających u świadczeniodawcy.

Wskazywaliśmy wówczas, że rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest rażąco niezgodne z:

- art. 12 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, który stanowi, iż Rzeczpospolita Polska zapewnia wolność tworzenia i działania związków zawodowych, organizacji społeczno-zawodowych rolników, stowarzyszeń, ruchów obywatelskich, innych dobrowolnych zrzeszeń oraz fundacji;
- art. 32 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z którym wszyscy są wobec prawa równi. Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez

władze publiczne i nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny;

- art. 1 ust. 3 ustawy o związkach zawodowych, który stanowi, iż organy państwowe, samorządu terytorialnego i pracodawcy obowiązani są traktować jednakowo wszystkie związki zawodowe;
- art. 4 ustawy o związkach zawodowych, stanowiącym, że związki zawodowe reprezentują pracowników i inne osoby, które mogą się w nich zrzeszać, a także bronią ich godności, praw oraz interesów materialnych i moralnych, zarówno zbiorowych, jak i indywidualnych;
- art. 7 ust. 1 ustawy o związkach zawodowych stanowiącym, że w zakresie praw i interesów zbiorowych związki zawodowe reprezentują wszystkich pracowników, niezależnie od ich przynależności związkowej.

Podtrzymujemy, że pozbawienie prawa głosu rzeszy organizacji związkowych wraz z reprezentowanymi przez nie osobami zatrudnionymi to wprost naruszenie konstytucyjnych zasad wolności związkowej oraz niedyskryminacji. Dyskryminacji bowiem nie mogą usprawiedliwiać żadne przepisy i żadne przyczyny, a od zasady równości Konstytucja nie zna żadnych odstępstw i wyjątków.

Na zakończenie, Federacja ZZPOZ i PS i OPZZ bardzo mocno pragną zaakcentować, że utrwalanym niestety rozwiązaniem jest wybiórcze traktowanie grup pracowników, którzy na co dzień ściśle ze sobą współpracują wykonując rzetelnie swoje obowiązki na rzecz pacjentów. Niestety, zarówno podpisane Porozumienie jak i obecnie przedłożone projekty nowelizacji rozporządzeń je wdrażających, jeszcze bardziej ten konflikt będzie pogłębiać.

\* \* \* \* \*

**OPINIA Federacji ZZPOZ i PS i OPZZ  
*do projektu „Polityka Lekowa Państwa na lata 2018 -2022”***

Uwagi ogólne:

**1. Tryb konsultacji i uzgodnień**

„Polityka Lekowa Państwa” to dokument oczekiwany przez stronę społeczną reprezentującą środowisko branżowe organizacji pracowników i pracodawców Rady Dialogu Społecznego. Zasadność uregulowania w jednym akcie prawnym o charakterze strategicznym całokształtu zagadnień dotyczących polityki lekowej państwa, podnosiliśmy już w 2016 roku, w ramach Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia i Podzespołu ds. polityki lekowej, powołanego z inicjatywy partnerów społecznych.

Z przykrością stwierdzamy, że ww. gremia nie zostały włączone w prace koncepcyjne, ani nad założeniami ani nad projektem wskazanego dokumentu, o co jak wskazaliśmy na wstępie – apelowaliśmy od co najmniej połowy 2016 roku.

Stąd oczekiwanym jest, aby w dalszych pracach wdrożeniowych realizowanej strategii, ww. struktury stały się istotnym podmiotem dialogu z resortem zdrowia.

## **2. Status dokumentu**

Z uwagi na strategiczny i interdyscyplinarny (międzyresortowy) charakter dokumentu o długookresowej perspektywie oraz z uwagi na wiele obszarów wykraczających decyzyjnie poza resort zdrowia, ważne jest by strategia osiągnęła status dokumentu przyjętego przez Radę Ministrów. Taki tryb będzie warunkował zarówno wdrożenie, jak i zabezpieczenie finansowe realizacji zawartych w nim celów szczegółowych.

## **3. Miary efektów**

Strategia zawiera kompleksową analizę najistotniejszych regulatorów rynku farmaceutycznego w Polsce i jest to jej mocną stroną, podobnie jak opis diagnozy, wskazanie celów oraz narzędzi do ich realizacji – to elementy dokumentu, które są czytelne i przejrzyste. Słabością projektu są nieprecyzyjnie wskazane miary efektów i monitorowania stopnia realizacji celów. Nie wskazuje się, ani danych do których należy odnosić przykładowe wskaźniki ani czasu ich monitorowania (np. we wstępie wskazano, że dokument będzie podlegał weryfikacji po 2 latach, ale w części opisującej cele i wskaźniki mierzenia efektów dokonywania zmian brakuje określenia terminu).

## **4. „Mapa drogowa” działań, finansowanie, akty prawne.**

Strategia nie zawiera, ani ogólnego, ani szczegółowego harmonogramu czasowego wdrażania poszczególnych przedsięwzięć ani, co gorsza, ich finansowania ze wskazaniem konkretnych kwot i źródeł. Nie wiadomo, jaki jest zakładany koszt realizacji polityki lekowej państwa w skali ogólnej jak i w poszczególnych jej segmentach: profilaktyki, dostępności rynkowej i refundacyjnej, przemyśle farmaceutycznym, w zakresie spraw pracowniczych i systemów informacyjnych. Projekt wskazuje jedynie, że cyt.: *„konsekwencje finansowe zmian proponowanych w dokumencie są trudne do szacowania ze względu z jednej strony na oszczędności, które przyniosą w perspektywie krótko- i długoterminowej, a z drugiej z powodu koniecznych inwestycji również rozłożonych w czasie i zależnych od tempa zmian legislacyjnych”*.

Dodatkowo - dokument wymaga uzupełnienia harmonogramu aktów prawnych do wdrożenia, ze wskazaniem nowelizacji już obowiązujących oraz przygotowania nowych projektów.

## **5. Lata obowiązywania strategii**

Konsultacje społeczne i publiczne zostały rozpoczęte w lipcu 2018 r., stąd w naszej ocenie realizacja poszczególnych działań będzie realna od roku 2019. Zasadną wydaje się rekomendacja, by dokument obejmował lata 2019 - 2023.

## **6. Obszary ważne z punktu widzenia pacjentów i pracowników**

Dla OPZZ i Federacji ZZPOZ i PS jedną z najistotniejszych części dokumentu są obszary poświęcone dostępności refundacyjnej (rozdział 4) oraz sprawom pracowniczym (rozdział 6 – „Otoczenie: rola lekarzy, pielęgniarek i farmaceutów”) – stąd w dalszej części opinii na te elementy szczególnie zwracamy uwagę.

### **a) Dostępność refundacyjna**

Z punktu widzenia pacjenta najważniejszy jest dla niego wzrost dostępności do leków oraz systematyczne zmniejszanie udziału pacjenta w ponoszonych kosztach. Z punktu widzenia systemowego - najistotniejsze jest zapewnienie stabilnego finansowania leków refundowanych. Cele założone w dokumencie, spełniają wskazane powyżej warunki, choć niektóre są bardzo ogólnie sformułowane.

- **zapewnienie stabilnego poziomu finansowania leków refundowanych ze środków publicznych** poprzez określenie faktycznego budżetu na refundację na poziomie 16,5% - 17,0% całkowitych wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia to rozwiązanie od dawna oczekiwane. Obecne (lata 2012 – 2017) wykonanie całkowitego budżetu na refundację kształtowało się od 14,69% do 15,54%.

Dobrym rozwiązaniem jest także zagwarantowanie, aby niewykorzystane w danym roku środki finansowe całkowitego budżetu na refundację (CBnR) przechodziły na lata następne – w tym miejscu zwracamy jednak uwagę, że konieczna jest taka gwarancja na poziomie ustawowym, a nie zapisana wyłącznie w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ponadto w naszej ocenie, przy zakładanym, słusznym celu systematycznego poszerzania katalogu leków o udowodnionej skuteczności, które nie były dotychczas regulowane ustawą refundacyjną, ważne jest, by już na wstępie tej koncepcji założyć, by całkowity budżet na refundację (CBnR) włączał nowe leki (czy to leki innowacyjne czy drogie kosztowo), a nie przenosił grup leków dotychczas finansowanych z innych źródeł (np. leki finansowane przez samorządy w ramach programów zdrowotnych czy z budżetu państwa itp.). Chodzi o to, aby zwiększony budżet na refundację nie „wchłaniał” leków z innych źródeł finansowania, ale poszerzał je o nowe segmenty, dotychczas refundacją nie objęte.

• **współpłacenie pacjentów**

Zapowiadane systematyczne zmniejszanie udziału pacjenta we współpłaceniu jest oczekiwanym postulatem. Nieakceptowalnym jest wciąż wysoki, ponad 29% udział dopłat pacjentów do leków refundowanych, choć trudno nie zauważyć, że poziom ten mniejsza się systematycznie (o blisko 5 % mniej niż w 2012 roku).

W naszej ocenie należy zwrócić uwagę w tym obszarze na:

- ✓ leki pełnopłatne: szacuje się, że 1 na 10 opakowań leku refundowanego jest wydawane w aptece jako lek pełnopłatny – dokument jednak nie reguluje w żadnym stopniu tej kwestii;
- ✓ grupy pacjentów cierpiących z powodu chorób przewlekłych, zwłaszcza w przypadku wielochorobowości, którzy dopłacają do leków najczęściej (zgodnie z ww. dokumentem szacuje się, że nawet co trzecia recepta nie jest realizowana);
- ✓ zapowiedź zmiany wysokości poziomów odpłatności 30% i 50% poprzez ustanowienie niższych progów współpłacenia, w tym wprowadzenie dodatkowej odpłatności pomiędzy ryczałtem a odpłatnością 30%; takie zmiany wymagają dogłębnej analizy, a ich wdrożenie – założenia zmniejszenia współpłacenia;
- ✓ rozważenie możliwości wprowadzenia leków bezpłatnych (np. na wzór leków „75 plus”) dla grup wskazanych w dokumencie (szczególnie wrażliwych, takich jak: osoby ubogie, dzieci, osoby niepełnosprawne itp.) jest naszym postulatem od kilku lat: kryteria i zasady przyznawania takich leków wymagają dogłębnych analiz, ale jedną z opcji jest uwzględnienie kryterium dochodowego/ ekonomicznego, które stanowi najważniejszą barierę dostępności do leków;
- ✓ spożycie leków dostępnych bez przepisu lekarza (OTC) jest w Polsce znaczące a w niektórych segmentach nawet alarmujące – dlatego ważne jest zwrócenie uwagi także na ten obszar leków, które są w dokumencie zupełnie pominięte;
- ✓ konieczne jest stałe monitorowanie list leków refundowanych i takie ich kształtowanie, aby zastosowane mechanizmy refundacyjne sprzyjały obniżaniu a nie wzrostowi cen leków;

**b) Otoczenie czyli rola lekarzy, pielęgniarek i farmaceutów**

Środowiska medyczne pełnią kluczową rolę w ordynacji leczenia, dlatego pozytywnie należy ocenić uwzględnienie w dokumencie obszaru poświęconego sprawom pracowniczym w sektorze farmaceutycznym.

W naszej ocenie należałoby uszczegółwić następujące narzędzia:

- ✓ zakres, o jaki będzie modyfikowany i wdrożony kompleksowy program szkoleniowy dla lekarzy i pielęgniarek wykorzystujący systemy informacyjne w ochronie zdrowia; należy też zagwarantować środki finansowe na realizację

szkoleń oraz włączyć farmaceutów i techników farmacji w programy szkoleniowe;

- ✓ zapowiedź większego niż obecnie zaangażowania sekretarek i asystentek medycznych w celu zmniejszenia obciążeń biurokratycznych personelu medycznego, zwłaszcza odnośnie zakresu ich czynności zawodowych;
- ✓ plan działań edukacyjnych skierowanych do pacjentów na temat stosowania/nadużywania leków, działań niepożądanych leków itp.;
- ✓ wzmocnienie roli farmaceuty w systemie jest bardzo dobrym kierunkiem, ale nie należy zapominać o technikach farmacji, których wiedza i doświadczenie są istotne dla działań związanych z profilaktyką, promocją zdrowia i farmakoterapią. Dla obu tych grup pracowniczych należy doprecyzować ich czynności zawodowe.
- ✓ wskazania, czym ma być opieka farmaceutyczna;
- ✓ w proces doskonalenia wiedzy farmaceutów szpitalnych z zakresu farmakoekonomiki należy także włączyć techników farmacji;

#### **7. Pozostałe uwagi szczegółowe:**

- w części „*Profilaktyka pierwotna*” (rozdział 2), której działania są realizowane przez szczepienia ochronne niezrozumiałe jest utworzenie Funduszu Kompensacyjnego Narodowego Programu Szczepień Ochronnych, podobnie jak włączenie do porządku prawnego „opiekuńczego świadczenia kompensacyjnego”.

Brakuje szczegółowego uzasadnienia powstania takiego funduszu, wskazania źródła jego finansowania, założeń i usytuowania go w systemie prawnym.

- w części dotyczącej „*Dostępności rynkowej*” (rozdział 3) uzasadnienia wymaga powołanie Agencji Badań Medycznych. Dokument zakłada, że będzie ona realizowała zadania z zakresu nauk medycznych i nauk o zdrowiu poprzez finansowanie i prowadzenie badań naukowych, w szczególności: niekomercyjnych badań klinicznych, niekomercyjnych badań technologii medycznych oraz badań obserwacyjnych.
- zasadne jest wzmocnienie nadzoru nad obrotem produktami leczniczymi, pozostający w kompetencjach Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej, który obecnie nie jest w pełni efektywny, poprzez zdecentralizowaną strukturę działania inspekcji farmaceutycznej. W naszej ocenie zapowiedź likwidacji dualizmu podporządkowania wojewódzkich inspektorów farmaceutycznych i powrót do pionowej struktury: merytorycznej, organizacyjnej i finansowej wzmocni nadzór nad rynkiem.

Przypomnieć należy, że wspólne stanowisko w tej sprawie przyjęła strona społeczna: reprezentatywne organizacje pracowników i pracodawców w Podzespole ds. polityki lekowej państwa w dniu 10 maja 2016r. wskazując na

zasadność powrotu do pionowego podporządkowania Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej i pilną potrzebę podjęcia prac legislacyjnych nad projektem ustawy o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz ustawy o wojewodzie i administracji rządowej w województwie (projekt został przygotowany przez Podzespół, być może warto byłoby go wykorzystać);

- w części dotyczącej „Przemysłu farmaceutycznego” (rozdział 5)  
Założeniem jest odbudowanie roli przemysłu farmaceutycznego jako filara polskiej innowacyjnej gospodarki, co oceniamy pozytywnie. Brakuje jednak wskazania konkretnych mechanizmów stymulujących rozwój krajowego sektora farmaceutycznego oraz zachęt dla przemysłu farmaceutycznego do istotnych inwestycji na terytorium Polski.  
Niezrozumiałe jest zapowiadane powołanie Wirtualnego Instytutu Biotechnologii Medycznej, dla „multidyscyplinarnych zespołów badawczych zdolnych do rozwoju innowacyjnych produktów biomedycznych i biotechnologicznych, a także metod diagnostycznych i leczniczych”.
- z zadowoleniem odbieramy wprowadzenie systemowych rozwiązań w zakresie wykorzystania posiadanych przez Regionalne Centra Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa nadwyżek osocza pobranego od polskich dawców krwi czy działań wzmacniających promocję i edukację w zakresie honorowego krwiodawstwa – ale brakuje szczegółów, zarówno finansowych jak i organizacyjnych tych przedsięwzięć.

\* \* \* \* \*

**OPINIA Federacji ZZPOZ i PS i OPZZ  
*do projektu ustawy o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia  
Osób Niepełnosprawnych***

*Uwaga:*

*Choć projekt ustawy nie dotyczy bezpośrednio obszaru ochrony zdrowia, FZZPOZ i PS zaangażowała się w jego opiniowanie wspólnie z OPZZ, z uwagi na ważny obszar polityki społecznej jak i systemowość rozwiązania.*

Negatywnie należy ocenić koncepcję wprowadzenia do polskiego porządku prawnego nowej instytucji: Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych mającego, zgodnie z założeniem, zapewnić wsparcie społeczne i zawodowe osób niepełnosprawnych.

Podkreślenia wymaga, że nie kwestionujemy słusznych postulatów i oczekiwań środowiska osób niepełnosprawnych, lecz jedynie sposób ich realizacji przez rząd. Od lat zapowiadana kompleksowa reforma wsparcia osób z niepełnosprawnościami jest realizowana wycinkowo i najczęściej w atmosferze



protestów środowiska osób niepełnosprawnych, czego najlepszym przykładem jest niniejsza propozycja ustawy. Zaakceptowanie jej przez Sejm z pewnością wywoła negatywne skutki społeczne w postaci wzrostu antagonizmów między różnymi grupami społecznymi.

### **1. Danina solidarnościowa**

Negatywnie oceniamy rządową propozycję ustanowienia nowej daniny solidarnościowej i wnoszą o odstąpienie od zamiaru jej wprowadzenia.

Projekt ustawy stanowi w art. 21, że osoby fizyczne, które w roku podatkowym uzyskały dochody w wysokości przekraczającej kwotę 1 mln zł, będą obowiązane do zapłaty daniny solidarnościowej za rok podatkowy w wysokości 4 proc. od nadwyżki ponad tę kwotę. Nową daniną objęte zostaną dochody uzyskane z tytułu m.in. stosunku pracy (i innych źródeł opodatkowanych progresywnie), działalności gospodarczej (w tym opodatkowanej liniowo według stawki 19 proc.) i niektórych kategorii dochodów kapitałowych. Zgodnie z zapisami projektu przepisy będą miały zastosowanie do dochodów osiągniętych w 2019 roku, zatem pierwsze deklaracje o wysokości daniny solidarnościowej będą składane dopiero w terminie do 30 kwietnia 2020 roku.

Opiniując zmiany w przepisach regulujących opodatkowanie podatkiem dochodowym od osób fizycznych nie można abstrahować od oceny całego systemu podatkowego. Zaproponowane rozwiązania należy rozpatrywać także uwzględniając obecny stan finansów publicznych oraz wysokość obciążeń podatkowych w Polsce na tle innych krajów Unii Europejskiej.

Generalnie uważamy, że zamiast wprowadzać nową daninę publiczną, lepszym rozwiązaniem jest zwiększenie progresji podatkowej poprzez wprowadzenie w ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych zmian w skali podatkowej (art. 27) oraz uchylenie przepisów ustanawiających podatek liniowy dla przedsiębiorców (art. 30c). Zagwarantuje to dodatkowe dochody podatkowe, które będzie można przeznaczyć na wypełnienie powinności państwa względem osób niepełnosprawnych, bez konieczności przerzucania konstytucyjnego obowiązku w tym zakresie na ściśle zdefiniowaną grupę podatników (21 tys. osób).

Dodatkowym atutem tej propozycji jest uniknięcie stygmatyzowania osób niepełnosprawnych, od których po uchwaleniu nowego prawa będzie wymagało się wdzięczności wobec osób o najwyższych dochodach.

*Uzasadnienie szczegółowe:*

Zwracamy uwagę, że struktura i wysokość podatków dochodowych w Polsce pozostają od wielu lat wyjątkowo niesprawiedliwe, co nie sprzyja zmniejszaniu

**Federacja Związków Zawodowych  
Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej  
SERWIS INFORMACYJNY – SIERPIEŃ 2018 r.**

---

rozwarstwienia dochodowego i urzeczywistnianiu konstytucyjnej zasady społecznej gospodarki rynkowej, o której mowa w art. 20 Konstytucji RP.

O ile można zauważyć pozytywne skutki uszczelnienia systemu podatkowego i działań na rzecz przeciwdziałania agresywnej optymalizacji podatkowej, o tyle wciąż nie wprowadzono systemowych zmian w regulacjach podatkowych. W konsekwencji każdy podatek jest rozpatrywany przez państwo oddzielnie, bez uwzględnienia jego społecznych i gospodarczych skutków. Dlatego rząd powinien przede wszystkim skoncentrować się na przygotowaniu propozycji kompleksowej reformy prawa podatkowego, a nie działaniu ad hoc, tym bardziej, że według zapewnień ministra finansów stan budżetu państwa jest bardzo dobry, a jego wynik po pierwszym półroczu 2018 roku jest zrównoważony.

Kompleksowa reforma prawa podatkowego, o której mówią od lat organizacje członkowskie OPZZ, powinna uwzględniać nie tylko zmiany w zakresie kwoty wolnej od podatku oraz zwiększenie wysokości pracowniczych kosztów uzyskania przychodu, ale przede wszystkim wprowadzenie silniejszej progresji podatkowej poprzez uchwalenie dwóch stawek podatkowych w wysokości 15 i 50 proc. Brak decyzji rządu w tym zakresie powoduje, że biedni wciąż płacą relatywnie wysokie podatki, a bogaci niskie. Dzieje się tak, ponieważ obowiązująca skala podatkowa jest tylko z pozoru progresywna; w istocie ma charakter liniowy, gdyż podatek wg stawki 18 proc. płaci 97 proc. podatników, a podatek w wysokości 32 proc. tylko 3 proc. najbogatszych osób.

Ponadto utrzymywane od wielu lat zamrożenie progów podatkowych oznacza - w związku z inflacją - realny wzrost opodatkowania i większe obciążenie osób o niskich dochodach. Tym samym rodzą się pytania o społeczną sprawiedliwość systemu podatkowego i szanse na trwałe zmniejszenie różnic dochodowych w społeczeństwie. W naszej ocenie, przy tak wysokim rozwarstwieniu dochodowym progów i stawek podatkowych jest po prostu za mało. Na wysoki poziom rozwarstwienia dochodowego oddziałuje także utrzymywanie podwyższonych stawek podatku VAT (8 i 23 proc.). Stawki tego podatku zostały podwyższone w 2011 roku o 1 % i miały obowiązywać do końca 2013 roku, jako rozwiązanie okresowe, tymczasem obowiązują do dziś, a największe koszty tego ponoszą osoby najbiedniejsze, gdyż podatek VAT, z uwagi na jego konstrukcję, relatywnie najbardziej obciąża gospodarstwa o niskich dochodach, w tym gospodarstwa domowe osób niepełnosprawnych.

Proponowana przez nas zmiana skali podatkowej jest tym bardziej uzasadniona, że wprowadzenie wyższej stawki podatkowej dla osób o najwyższych dochodach nie będzie wyróżniać Polski na tle innych państw Europy. W ponad połowie krajów Unii Europejskiej stawka podatkowa dla

**Federacja Związków Zawodowych  
Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej  
SERWIS INFORMACYJNY – SIERPIEŃ 2018 r.**

---

najlepiej zarabiających waha się w granicach 40 - 57 proc. Najwyższa obowiązuje w Szwecji (57 proc.), Grecji i Austrii (55 proc.), Portugalii (53 proc.), Holandii i Danii (52 proc.), Belgii i Słowenii (50 proc.). Ponadto obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych w Polsce na tle innych krajów Unii Europejskiej nie jest wysokie i stanowi 1,8 proc. PKB, podczas gdy np. w Czechach i na Słowacji 3,5 proc., w Belgii 3,4 proc., Holandii 3,3 proc.

Warto ponadto podkreślić, że obciążenia podatkowe osób ubogich w Polsce - w porównaniu z dochodami osób o najwyższych dochodach - są bardzo wysokie na tle innych krajów należących do Unii Europejskiej. Polska jest krajem o najsilniej zróżnicowanych dochodach. Według danych Eurostat z grudnia 2016 roku, w 2014 roku 10 proc. najlepiej wynagradzanych pracowników w Polsce zarabiało co najmniej 4,7 - krotnie więcej niż 10 proc. pracowników o najniższych dochodach. Na Węgrzech i na Słowacji ww. wskaźnik zróżnicowania dochodów pomiędzy najlepiej i najźlepiej wynagradzanymi pracownikami wynosił 3,5; w Czechach 3,3; a w Belgii, Danii, Finlandii i Szwecji zaledwie 2,4.

Zróżnicowanie dochodów jest jeszcze lepiej widoczne, jeśli przeanalizuje się różnice w przeciętnych miesięcznych dochodach i wydatkach pomiędzy poszczególnymi grupami społeczno-ekonomicznymi. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w 2017 roku najwyższy przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny jak i przeciętne miesięczne wydatki na osobę były w gospodarstwach osób pracujących na własny rachunek. Dochód w tej grupie gospodarstw domowych był o 20,1 proc. wyższy od dochodu w gospodarstwach ogółem, a wydatki o 16,3 proc. wyższe od przeciętnych wydatków ogółem. Tymczasem pracownicy dysponowali przeciętnym miesięcznym dochodem rozporządzalnym o 0,6 proc. wyższym od średniej ogólnopolskiej a ich wydatki były o prawie 0,7 proc. niższe od średnich wydatków dla gospodarstw ogółem.

Odzwierciedlenie tej sytuacji odnajdujemy w statystykach dotyczących liczby osób, których majątek szacowany jest na ponad 1 mln zł oraz liczby osób ubogich. W Polsce pracuje ponad 21 tys. podatników, którzy osiągnęli dochody ponad 1 mln zł, w tym aż 17,3 tys. podatników płacących 19 proc. podatek liniowy. Ich liczba według prognoz będzie wzrastać. Niestety wciąż zbyt wiele osób żyje w gospodarstwach domowych o wydatkach poniżej granicy ubóstwa skrajnego. W 2016 roku było ich około 1,9 mln osób, natomiast w gospodarstwach domowych poniżej granicy ubóstwa relatywnego około 5,3 mln osób. Liczbę osób żyjących poniżej ustawowej granicy ubóstwa szacuje się natomiast na ok. 4,8 mln osób.

**Reasumując, wychodząc z założenia, że państwo nie realizuje podstawowych zasad konstytucyjnych i ustrojowych dotyczących społecznej gospodarki rynkowej, organizacje członkowskie OPZZ**

**ponawiają propozycję wprowadzenia dwóch nowych stawek podatku dochodowego od osób fizycznych w wysokości 15 i 50 proc. oraz zlikwidowanie podatku liniowego dla przedsiębiorców wysokości 19 proc.**

Zauważamy, że zaletą silniejszej progresji podatkowej jest możliwość redystrybucji przez budżet państwa dochodów i ich alokacji adekwatnie do realizowanej polityki społecznej. Przedsiębiorcy rozliczający się podatkiem liniowym są z kolei w korzystniejszej sytuacji niż etatowi pracownicy, pomimo że bardzo często wykonują takie same zadania i czynności. Składki na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych odliczają jednak od innej podstawy niż pracownicy i mają prawo stosowania wyższych kosztów uzyskania przychodu, więc odliczają od podstawy opodatkowania zakupy, koszty transportu i usług.

To niesprawiedliwość w systemie podatkowym, którą należy pilnie zlikwidować.

## **2. Cel powstania i przeznaczenie Funduszu (SFWON)**

Projekt w art. 1 wskazuje ogólny cel powstania Funduszu: jest nim wsparcie społeczne i zawodowe osób niepełnosprawnych. W kolejnych artykułach trudno znaleźć odpowiedź, jakie konkretnie zadania i programy ma realizować Fundusz.

Częściowo art. 10 ustawy ogólnie definiuje, że środki Funduszu przeznacza się na realizację m.in. zadań z zakresu wsparcia społecznego i zawodowego osób niepełnosprawnych; zadań ustawowych jednostek sektora finansów publicznych związanych ze wsparciem społecznym i zawodowym osób niepełnosprawnych; programów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej na rzecz osób niepełnosprawnych; programów rządowych i resortowych w zakresie wsparcia osób niepełnosprawnych realizowanych na podstawie innych ustaw oraz zadań związanych z promowaniem i wspieraniem systemu wsparcia dla osób niepełnosprawnych bądź tych dotyczących innowacyjnych rozwiązań w zakresie rehabilitacji społecznej i zawodowej. Dodatkowo, rząd nie zakłada obowiązkowego przyjęcia programu wsparcia osób niepełnosprawnych, który mógłby skonkretyzować realizację zadań przyszłego Funduszu (zapis art. 11 projektu ustawy ma charakter fakultatywny).

Brak określenia szczegółowego katalogu przeznaczenia środków Funduszu ocenić należy negatywnie, nie tylko ze względu na zasadność pokazania transparentności wydatków podatników, ale także na niebezpieczeństwo powielania finansowania podobnych bądź tożsamyh zadań realizowanych obecnie np. przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (na mocy ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych), programy Rady Nadzorczej PFRON czy samorządy. W praktyce może powstać sytuacja, że podmioty publiczne realizujące i finansujące zadania na szczeblu lokalnym w

zakresie wspierania osób/pracowników niepełnosprawnych ograniczą się do korzystania ze środków gwarantowanych przez nowy Fundusz.

### **3. Fundusz Pracy**

Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy wyraźnie precyzuje, że Fundusz Pracy jest Funduszem celowym, a środki FP mogą być wykorzystane na: zasiłki dla bezrobotnych, prace interwencyjne, roboty publiczne, szkolenie i przekwalifikowywanie bezrobotnych, rozwój poradnictwa zawodowego oraz na rozwój systemów informatycznych i badania rynku pracy.

Organizacje członkowskie OPZZ od lat zabiegają o podniesienie zasiłków dla bezrobotnych, gdyż nie spełniają one nawet minimalnych norm zabezpieczenia społecznego zawartych w postanowieniach Europejskiej Karty Społecznej. Tymczasem na nasz postulat podniesienia zasiłków, resort pracy odpowiada, że nie ma środków na spełnienie tego postulatu, a zwiększenie wydatków FP na zasiłki dla bezrobotnych wiązałoby się z ograniczeniem środków na aktywną politykę rynku pracy. Nie godzimy się zatem na ograniczenie podstawy wymiaru składki na Fundusz Pracy o 0,15 proc, z przeznaczeniem środków na daninę solidarnościową.

W świetle powyższego nie do przyjęcia jest argumentacja stanowiąca, że z uwagi na cyt.: *„rekordowo niskie bezrobocie oraz utrzymujący się wysoki popyt na pracę, realokacja tych środków nie powinna negatywnie wpłynąć na zdolność Funduszu Pracy do wsparcia zatrudnienia”*.

Nie dostrzegamy uzasadnienia do obniżania dotychczasowego poziomu składki na Fundusz Pracy celem uzyskania źródła dodatkowych przychodów na nowotworzony Solidarnościowy Fundusz Pracy i wykorzystywania FP do realizacji innych celów, niezgodnie z przeznaczeniem.

Należy w tym miejscu przypomnieć Uchwałę Nr 49 strony pracowników i strony pracodawców Rady Dialogu Społecznego z dnia 11 października 2017 roku w sprawie korzystania ze środków funduszy celowych, finansowanych ze środków pracodawców, na cele niezgodne z ich zadaniami statutowymi, w której partnerzy społeczni wskazali m.in., że cyt.: *„(...) strona pracowników i pracodawców RDS wyraża sprzeciw wobec zamiarów obciążania funduszy celowych finansowanych ze środków pracodawców, wypłatami na cele niezgodne z ich zadaniami statutowymi, wynikającymi z przepisów ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (FP) oraz ustawie ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy (FGŚP). Oczekujemy, że rząd podejmie realny dialog z organizacjami zrzeszonymi w RDS na temat każdorazowych zmian w sposobie wykorzystania środków zgromadzonych w tych funduszach (...)”*.

\* \* \* \* \*

**OPINIA Federacji ZZPOZ i PS i OPZZ**  
***do projektu Sprawozdania z wykonania Konwencji***  
***Międzynarodowej Organizacji Pracy nr 149 dotyczącej zatrudnienia***  
***i warunków pracy i życia personelu pielęgniarskiego***

OPZZ i Federacja ZZPOZ i PS proponują uzupełnienie treści projektu sprawozdania o elementy dotyczące oceny jakości dialogu społecznego w branży ochrony zdrowia w okresie sprawozdawczym tj. 1 lipca 2013 rok – 30 czerwca 2018 rok w zakresie intensyfikacji działań Ministerstwa Zdrowia na rzecz środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych.

Ocena stanu dialogu społecznego w tym obszarze jest negatywna, gdyż resort zdrowia od dłuższego czasu wybiórczo traktuje organizacje związkowe zrzeszające grupy zawodowe pielęgniarek i położnych, rozmawiając i podpisując porozumienia płacowe wyłącznie z jedną organizacją związkową. Rząd nie bierze pod uwagę, że w każdej z reprezentatywnych organizacji związkowych w Polsce są zrzeszone grupy zawodowe pielęgniarek i położnych.

Na przestrzeni okresu sprawozdawczego (2013 – 2018) Minister Zdrowia podpisał 2 Porozumienia płacowe z jednym związkiem zawodowym zrzeszającym pielęgniarki i położne. W 2015 roku, kiedy po raz pierwszy zostało podpisane Porozumienie pomiędzy Ministrem Zdrowia a przedstawicielkami środowisk pielęgniarskich, wskazaliśmy, że wdrażane w drodze rozporządzeń zapisy porozumienia – zostały uchwalone z naruszeniem prawa co najmniej z dwóch względów: 1) dyskryminującego różnicowania pozycji płacowej pracowników ochrony zdrowia, poprzez wskazanie wprost propozycji wzrostu wynagrodzeń wyłącznie dla grupy zawodowej pielęgniarek i położnych, kosztem innych pracujących w ochronie zdrowia oraz 2) niekonstytucyjnych przepisów projektu rozporządzenia dyskryminujących pozostałe organizacje związkowe. Kolejne Porozumienie płacowe z lipca 2018 roku, utrwaliło złe prawo.

Dodatkowo pogłębiło rozłam dialogu w ochronie zdrowia, bo jego podpisanie zdarzyło się w czasie, gdy rozmowy dotyczące systemowego wzrostu wynagrodzeń dla wszystkich pracowników ochrony zdrowia były i są aktualnie prowadzone w ramach Rady Dialogu Społecznego (kontynuowanie prac nad nowelizacją ustawy z dnia 8 czerwca 2017 roku o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych).

Rozporządzenia wdrażające porozumienia płacowe ze środowiskiem pielęgniarek i położnych mają znamiona niekonstytucyjności w zakresie odnoszącym się do uzgodnień na szczeblu zakładowym porozumień

**Federacja Związków Zawodowych  
Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej  
SERWIS INFORMACYJNY – SIERPIEŃ 2018 r.**

---

dotyczących sposobu podziału środków na wynagrodzenia pielęgniarek i położonych. Wskazują one, że podział ten odbywa się z uzgodnionym z przedstawicielami związków zawodowych pielęgniarek i położnych zrzeszających wyłącznie pielęgniarki i położne, działających u świadczeniodawcy. Jako OPZZ i Federacja ZZPOZ i PS wskazywaliśmy, że rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest niezgodne z:

- art. 12 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, który stanowi, iż Rzeczpospolita Polska zapewnia wolność tworzenia i działania związków zawodowych, organizacji społeczno-zawodowych rolników, stowarzyszeń, ruchów obywatelskich, innych dobrowolnych zrzeszeń oraz fundacji;
- art. 32 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z którym wszyscy są wobec prawa równi. Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne i nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiejkolwiek przyczyny;
- art. 1 ust. 3 ustawy o związkach zawodowych, który stanowi, iż organy państwowe, samorządu terytorialnego i pracodawcy obowiązani są traktować jednakowo wszystkie związki zawodowe;
- art. 4 ustawy o związkach zawodowych, stanowiącym, że związki zawodowe reprezentują pracowników i inne osoby, które mogą się w nich zrzeszać, a także bronią ich godności, praw oraz interesów materialnych i moralnych, zarówno zbiorowych, jak i indywidualnych;
- art. 7 ust. 1 ustawy o związkach zawodowych stanowiącym, że w zakresie praw i interesów zbiorowych związki zawodowe reprezentują wszystkich pracowników, niezależnie od ich przynależności związkowej.

Podtrzymujemy opinię, że pozbawienie prawa głosu rzeszy organizacji związkowych wraz z reprezentowanymi przez nie osobami zatrudnionymi to wprost naruszenie konstytucyjnych zasad wolności związkowej oraz niedyskryminacji. Dyskryminacji bowiem nie mogą usprawiedliwiać żadne przepisy i żadne przyczyny, a od zasady równości Konstytucja nie zna żadnych odstępstw i wyjątków.

Warto też podkreślić, że rozporządzenia wdrażające porozumienie Ministra Zdrowia ze środowiskiem pielęgniarek i położnych skutkują wieloma problemami w praktyce poprzez pomijanie wielu grup wśród pielęgniarek i położnych, ze względu na miejsce zatrudnienia u świadczeniodawcy (inspekcja sanitarna, medycyna pracy, pielęgniarki zatrudnione w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej itp.).

Nie bez znaczenia jest, że środki finansowe na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych od 2015 roku są pokrywane w ramach pieniędzy z Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczenia zdrowotne dla pacjentów.

Na temat „Strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce” odbyło się w czerwcu br. posiedzenie jednego z zespołów problemowych Rady Dialogu Społecznego, na wniosek central związkowych nie włączonych w prace nad tym dokumentem pomimo, iż zraszają grupy zawodowe pielęgniarek i położnych. Dwie reprezentatywne centrale związkowe zakwestionowały, iż nie do przyjęcia jest wybiórcze traktowanie strony społecznej w składzie zespołu opracowującego dokument (uczestnictwo w pracach nad strategią wyłącznie Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych). Jako OPZZ i Federacja zwracaliśmy także uwagę na brak jednoznacznego wskazania finansowania przedsięwzięć zaplanowanych w strategii, brak sposobów monitorowania poszczególnych celów, jak też na resortową (przyjętą przez Ministra Zdrowia), a nie rządową rangę dokumentu.

\* \* \* \* \*

**NOWE PRAWO**  
opublikowane  
w sierpniu 2018 r.

\* \* \* \* \*

**Nowe akty prawne opublikowane**  
w **DZIENNIKU USTAW**

\* \* \* \* \*

1. W Dzienniku Ustaw z dnia **6 sierpnia 2018r.** opublikowano:
  - **USTAWĘ z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej** (Dz. U., poz. 1490) – ustawa zaczyna obowiązywać z dniem 21 sierpnia 2018r. i wprowadza zmiany w ustawie z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2018r. poz. 1030) – *opis zmian ustawy: w części Serwisu „Ustawy podpisane przez Prezydenta w sierpniu 2018r.”*



- **USTAWĘ z dnia 11 września 2015r. o zdrowiu publicznym** (Dz. U., poz. 1492) – ustawa została opublikowana w postaci jednolitego tekstu stanowiącego załącznik do Obwieszczenia Marszałka Sejmu RP z dnia 20 lipca 2018r. i określa zadania z zakresu zdrowia publicznego, podmioty uczestniczące w realizacji tych zadań oraz zasady finansowania zadań z zakresu zdrowia publicznego. Ustawa wchodzi w życie z dniem 6 sierpnia 2018r.
  
- 2. W Dzienniku Ustaw z dnia **8 sierpnia 2018r.** opublikowano:
  - **USTAWĘ z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej** (Dz. U., poz. 1508) – ustawa została opublikowana w postaci jednolitego tekstu stanowiącego załącznik do Obwieszczenia Marszałka Sejmu RP z dnia 20 lipca 2018r. Ustawa wchodzi w życie z dniem 8 sierpnia 2018r. i określa: zadania w zakresie pomocy społecznej, rodzaje świadczeń z pomocy społecznej oraz zasady i tryb ich udzielania, organizację pomocy społecznej oraz zasady i tryb postępowania kontrolnego w zakresie pomocy społecznej.
  
  - **USTAWĘ z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** (Dz. U., poz. 1510) – ustawa została opublikowana w postaci jednolitego tekstu stanowiącego załącznik do Obwieszczenia Marszałka Sejmu RP z dnia 20 lipca 2018r. Ustawa wchodzi w życie z dniem 8 sierpnia 2018r. i określa: **1)** warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; **2)** zasady i tryb finansowania świadczeń, o których mowa w pkt. 1; **2a)** zasady i tryb kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych; **3)** zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń, o których mowa w pkt. 1; **4)** zasady powszechnego - obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego; **5)** podstawy instytucjonalno-proceduralne do stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1231/2010 z dnia 24 listopada 2010r. rozszerzającego rozporządzenie (WE) nr 883/2004 i rozporządzenie (WE) nr 987/2009 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi rozporządzeniami jedynie ze względu na swoje obywatelstwo; **6)** zasady funkcjonowania, organizację i zadania Narodowego Funduszu Zdrowia; **6a)** zasady funkcjonowania, organizację i zadania Agencji Oceny Technologii

**Federacja Związków Zawodowych  
Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej  
SERWIS INFORMACYJNY – SIERPIEŃ 2018 r.**

---

Medycznych i Taryfikacji; **7)** zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad finansowaniem i realizacją świadczeń, o których mowa w pkt 1.

- **USTAWĘ z dnia 20 lipca 2018r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw** (Dz. U., poz. 1515) – ustawa zaczyna obowiązywać z dniem 21 sierpnia 2018r. i wprowadza zmiany w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017r. poz. 1845 oraz z 2018r. poz. 697) - *opis zmian ustawy: w części Serwisu „Ustawy podpisane przez Prezydenta w sierpniu 2018r.”*

**3.** W Dzienniku Ustaw z dnia **9 sierpnia 2018r.** opublikowano:

- **USTAWĘ z dnia 5 lipca 2018r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw** (Dz. U., poz. 1532) – ustawa zaczyna obowiązywać z dniem 24 sierpnia 2018r. i wprowadza zmiany w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018r. poz. 1510 i 1515) – *opis zmian ustawy: w części Serwisu „Ustawy podpisane przez Prezydenta w sierpniu 2018r.”*
- **ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 30 lipca 2018r. zmieniające rozporządzenie w sprawie komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających i wykonywania środków zabezpieczających w zakładach psychiatrycznych** (Dz. U., poz. 1538) – rozporządzenie zaczyna obowiązywać z dniem 24 sierpnia 2018r. i jest aktem wykonawczym wydanym na podstawie art. 201 § 4 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 2018 r. poz. 652, 1010 i 1387). W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2017r. w sprawie komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających i wykonywania środków zabezpieczających w zakładach psychiatrycznych (Dz. U. poz. 119) wprowadza się następujące zmiany w § 2 w ust. 1: **1)** w pkt. 4 wyrazy „3 osoby” zastępuje się wyrazami „2 osoby”; **2)** po pkt 4 dodaje się pkt 4a w brzmieniu: „4a) Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym – 1 osoba;”.

**4.** W Dzienniku Ustaw z dnia **10 sierpnia 2018r.** opublikowano:

- **USTAWĘ z dnia 25 sierpnia 2006r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia** (Dz. U., poz. 1541) – ustawa została opublikowana w postaci jednolitego tekstu stanowiącego załącznik do Obwieszczenia Marszałka Sejmu RP z dnia 5 lipca 2018r. Ustawa wchodzi w życie z dniem 10 sierpnia 2018r. i określa: określa wymagania i procedury niezbędne dla zapewnienia bezpieczeństwa żywności i żywienia zgodnie z przepisami rozporządzenia (WE) nr 178/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 28 stycznia 2002r. ustanawiającego ogólne zasady i

**Federacja Związków Zawodowych  
Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej  
SERWIS INFORMACYJNY – SIERPIEŃ 2018 r.**

---

wymagania prawa żywnościowego, powołującego Europejski Urząd do Spraw Bezpieczeństwa Żywności oraz ustanawiającego procedury w sprawie bezpieczeństwa żywności. Ustawa określa także: **1)** wymagania zdrowotne żywności - w zakresie nieuregulowanym w rozporządzeniach Unii Europejskiej; **2)** wymagania dotyczące przestrzegania zasad higieny: **a)** żywności - w zakresie nieuregulowanym w rozporządzeniu (WE) nr 852/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004r. w sprawie higieny środków spożywczych; **b)** materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością - w zakresie nieuregulowanym w rozporządzeniu (WE) nr 1935/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 października 2004r. w sprawie materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością oraz uchylającym dyrektywy 80/590/EWG i 89/109/EWG; **3)** właściwość organów w zakresie przeprowadzania urzędowych kontroli żywności na zasadach określonych w rozporządzeniu (WE) nr 882/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 29 kwietnia 2004r. w sprawie kontroli urzędowych przeprowadzanych w celu sprawdzenia zgodności z prawem paszowym i żywnościowym oraz regułami dotyczącymi zdrowia zwierząt i dobrostanu zwierząt; **4)** wymagania dotyczące przeprowadzania urzędowych kontroli żywności - w zakresie nieuregulowanym w rozporządzeniu nr 882/2004.

Ustawa reguluje ponadto: **1)** zasady sprzedaży, reklamy i promocji środków spożywczych, **2)** wymagania w zakresie żywienia dzieci i młodzieży w ramach żywienia zbiorowego - w przedszkolach, innych formach wychowania przedszkolnego, szkołach, z wyłączeniem szkół dla dorosłych, a także w placówkach systemu oświaty, o których mowa w art. 2 pkt. 3, 7 i 8 ustawy z dnia 14 grudnia 2016r. - Prawo oświatowe (Dz. U. z 2018r. poz. 996 i 1000).

**5.** W Dzienniku Ustaw z dnia **13 sierpnia 2018r.** opublikowano:

- **ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 9 sierpnia 2018r. zmieniające rozporządzenie sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania** (Dz. U., poz. 1558) – rozporządzenie zaczyna obowiązywać z dniem 14 sierpnia 2018r. i jest aktem wykonawczym wydanym na podstawie art. 136c ust. 6 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018r. poz. 1510, 1515, 1532, 1544 i 1552). W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017r. w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (Dz. U. poz. 1225) w § 2 pkt 20 otrzymuje brzmienie: „20) świadczenia udzielane przez: a) pielęgniarki, b) położne, c) ratowników medycznych – w zakresie dodatkowych środków

**Federacja Związków Zawodowych  
Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej  
SERWIS INFORMACYJNY – SIERPIEŃ 2018 r.**

---

*finansowych przeznaczonych na wzrost wynagrodzeń, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy”.*

6. W Dzienniku Ustaw z dnia **20 sierpnia 2018r.** opublikowano:

- **ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 16 sierpnia 2018r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej** (Dz. U., poz. 1587) – nowelizacja rozporządzenia zaczyna obowiązywać z dniem 21 sierpnia 2018r. i jest aktem wykonawczym wydanym na podstawie art. 136c ust. 6 pkt. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018r. poz. 1510, 1515, 1532, 1544 i 1552). W załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1783) w tabeli nr 2 „Wartości współczynników korygujących  $q_{ij}$ ”: **1)** w pkt. 4 treść kolumny „Charakterystyka współczynnika  $q_{ij}$ ” otrzymuje brzmienie: „*wzrost liczby jednostek sprawozdawczych świadczeń ambulatoryjnych o co najmniej 10%, przy uwzględnieniu długości porównywanych okresów*”; **2)** w pkt. 5 treść kolumny „Charakterystyka współczynnika  $q_{ij}$ ” otrzymuje brzmienie: „*spadek liczby jednostek sprawozdawczych świadczeń ambulatoryjnych o ponad 5%, przy uwzględnieniu długości porównywanych okresów*”. W okresie od dnia 1 lipca 2018r. do dnia 30 czerwca 2020r., w przypadku przekazania dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, nie później niż do końca drugiego miesiąca okresu planowania, certyfikatu akredytacyjnego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016r. poz. 2135), dotyczącego profili systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, którego ważność wygasa nie wcześniej niż 12 miesięcy przed rozpoczęciem okresu planowania, wraz z oświadczeniem kierownika podmiotu leczniczego o złożeniu wniosku o udzielenie akredytacji na kolejny okres, nie później niż 6 miesięcy przed upływem ważności certyfikatu akredytacyjnego, i niezakończeniu procedury oceniającej, wartość współczynników korygujących  $q_{ij}$ , o których mowa w § 2 pkt. 32 rozporządzenia zmienianego w § 1, wynosi w przypadku certyfikatu akredytacyjnego uzyskanego z wynikiem co najmniej: 90% możliwej do uzyskania liczby punktów: 0,02; 80% i poniżej 90% możliwej do uzyskania liczby punktów: 0,015; 75% i poniżej 80% możliwej do uzyskania liczby punktów: 0,01.

- **ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 17 sierpnia 2018r. w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych** (Dz. U., poz. 1591) – rozporządzenie zaczyna obowiązywać z dniem 24 sierpnia 2018r. i jest aktem wykonawczym wydanym na podstawie art. 44f ustawy z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2018 r. poz. 1030 i 1490). Rozporządzenie określa: **1)** wykaz substancji psychotropowych z podziałem na grupy, o których mowa w art. 32 ustawy z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia; **2)** wykaz środków odurzających z podziałem na grupy, o których mowa w art. 31 ustawy, oraz ze wskazaniem środków odurzających grupy IV-N dopuszczonych do stosowania w lecznictwie zwierząt zgodnie z art. 33 ust. 2 ustawy, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia; **3)** wykaz nowych substancji psychoaktywnych, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia.

7. W Dzienniku Ustaw z dnia **21 sierpnia 2018r.** opublikowano:

- **ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 16 sierpnia 2018r. w sprawie Rejestru Medycznie Wspomaganej Prokreacji** (Dz. U., poz. 1598) – rozporządzenie zaczyna obowiązywać z dniem 22 sierpnia 2018r. i jest aktem wykonawczym wydanym na podstawie art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017r. poz. 1845 oraz z 2018 r. poz. 697, 1515 i 1544). Rozporządzenie określa: **1)** podmiot prowadzący Rejestr Medycznie Wspomaganej Prokreacji oraz sposób jego prowadzenia; **2)** usługodawców obowiązanych do przekazywania danych do rejestru; **3)** sposób i termin przekazywania danych przez usługodawców do rejestru; **4)** zakres i rodzaj danych przetwarzanych w rejestrze spośród danych określonych w art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011r. o systemie informacji w ochronie zdrowia; **5)** rodzaje identyfikatorów przetwarzanych w rejestrze spośród identyfikatorów określonych w art. 17c ust. 2-5 ustawy.

8. W Dzienniku Ustaw z dnia **22 sierpnia 2018r.** opublikowano:

- **USTAWĘ z dnia 5 lipca 2018r. o zmianie ustawy o związkach zawodowych oraz niektórych innych ustaw** (Dz. U., poz. 1608) – nowelizacja ustawy wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2019r. i wprowadza zmiany w ustawie z dnia 23 maja 1991r. o związkach zawodowych (Dz. U. z 2015r. poz. 1881).

9. W Dzienniku Ustaw z dnia **23 sierpnia 2018r.** opublikowano:

- **ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 16 sierpnia 2018r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wymagań dotyczących oznakowania**

**opakowań produktu leczniczego i treści ulotki** (Dz. U., poz. 1626) – rozporządzenie zaczyna obowiązywać z dniem 24 sierpnia 2018r. i jest aktem wykonawczym wydanym na podstawie art. 26 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017r. poz. 2211, z późn. zm.). Nowelizacja wprowadza zmiany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 lutego 2009r. w sprawie wymagań dotyczących oznakowania opakowań produktu leczniczego i treści ulotki (Dz. U. z 2015r. poz. 1109).

**10.** W Dzienniku Ustaw z dnia **28 sierpnia 2018r.** opublikowano:

- **ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 16 sierpnia 2018r. w sprawie szczegółowego zakresu zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego** (Dz. U., poz. 1655) – rozporządzenie zaczyna obowiązywać z dniem 29 sierpnia 2018r. i jest aktem wykonawczym wydanym na podstawie art. 29 ust. 10 ustawy z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017r. poz. 2195 oraz z 2018r. poz. 650, 1115, 1544 i 1629). Rozporządzenie określa szczegółowy zakres zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.
- **ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 24 sierpnia 2018r. w sprawie oświadczeń o braku konfliktu interesów** (Dz. U., poz. 1658) – rozporządzenie zaczyna obowiązywać z dniem 29 sierpnia 2018r. i jest aktem wykonawczym wydanym na podstawie art. 114a ust. 12 ustawy z dnia 6 września 2001r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017r. poz. 2211, z późn. zm.). Rozporządzenie określa wzory: **1)** oświadczenia o braku konfliktu interesów i zgłoszenia informacji, o których mowa w art. 114a ust. 6 ustawy z dnia 6 września 2001r. - Prawo farmaceutyczne, stanowiącego załącznik nr 1 do rozporządzenia; **2)** formularza do publikacji danych, o których mowa w art. 114a ust. 11 ustawy z dnia 6 września 2001r. - Prawo farmaceutyczne, w Biuletynie Informacji Publicznej Głównego Inspektora Farmaceutycznego, stanowiącego załącznik nr 2 do rozporządzenia.

**11.** W Dzienniku Ustaw z dnia **29 sierpnia 2018r.** opublikowano:

- **ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 16 sierpnia 2018r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2019r.** (Dz. U., poz. 1662) – rozporządzenie zaczyna obowiązywać z dniem 1 stycznia 2019r. i jest aktem wykonawczym wydanym na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2017r. poz. 1371 oraz z 2018 r. poz. 1375) Rozporządzenie ustala opłaty za krew i jej składniki, wydawane przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2-4 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997r. o publicznej służbie krwi.

12. W Dzienniku Ustaw z dnia **31 sierpnia 2018r.** opublikowano:

- **ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 29 sierpnia 2018r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej** (Dz. U., poz. 1681) – rozporządzenie zaczyna obowiązywać z dniem 1 września 2019r. i jest aktem wykonawczym wydanym na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018r. poz. 1510, 1515, 1532, 1544, 1552 i 1669). W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628) po § 4 dodaje się § 4a w brzmieniu: "*§ 4a. Pielęgniarkom i położnym, wykonującym zawód w ramach jednej z form, o których mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018r. poz. 123, z późn. zm.), i realizującym świadczenia opieki zdrowotnej, zapewnia się wzrost wynagrodzenia zasadniczego od dnia 1 lipca 2019r. o kwotę w wysokości nie niższej niż 1200 zł miesięcznie, przy czym od dnia 1 września 2018r. o kwotę w wysokości nie niższej niż 1100 zł miesięcznie, w przeliczeniu na pełen etat pielęgniarki albo położnej, uwzględniając kwoty, o których mowa w § 4*". **1.** W terminie 14 dni od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia świadczeniodawca posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przekaże do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, za pośrednictwem serwisów internetowych, o których mowa w § 10 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016r. poz. 1146, z 2017 r. poz. 1809 oraz z 2018r. poz. 1373), informację, według stanu na dzień 1 sierpnia 2018 r., o liczbie pielęgniarek i położnych, wykonujących, u tego świadczeniodawcy, zawód w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018r. poz. 123, z późn. zm.), oraz w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki lub położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki lub położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej, w przeliczeniu na liczbę etatów albo równoważników etatów, realizujących te świadczenia oraz w podziale na formę wykonywania zawodu, o której mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej. **2.** Informację określoną w ust. 1 świadczeniodawca, z wyłączeniem świadczeniodawcy posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju

**Federacja Związków Zawodowych  
Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej  
SERWIS INFORMACYJNY – SIERPIEŃ 2018 r.**

---

podstawowa opieka zdrowotna, w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna, sporządza: **1)** w 2018r., także według stanu na dzień 1 października 2018r., i przekazuje do dnia 14 października 2018r.; **2)** w 2019r., według stanu na dzień: a) 1 stycznia 2019r. i przekazuje do dnia 14 stycznia 2019r., b) 1 kwietnia 2019r. i przekazuje do dnia 14 kwietnia 2019r., c) 1 lipca 2019r. i przekazuje do dnia 14 lipca 2019r. **3.** W 2019r. informację określoną w ust. 1 świadczeniodawca posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna, sporządza według stanu na dzień 1 lipca 2019r. i przekazuje do dnia 14 lipca 2019r. **4.** Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia jest obowiązany, na podstawie danych przekazanych zgodnie z ust. 1-3, w terminie 14 dni od dnia ich otrzymania, do przedstawienia świadczeniodawcy zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmującej: **1)** wysokość dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne w okresie od dnia 1 września 2018 r. do dnia 31 sierpnia 2019r.; **2)** postanowienia o zwrocie środków określonych w pkt 1, w przypadku ich nieprzeznaczenia w sposób, o którym mowa w § 4a rozporządzenia zmienianego w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, i karze umownej w wysokości do 5% tych środków. W zakresie trybu oraz sposobu podziału środków przekazanych w drodze zmiany umowy, o której mowa w § 2 ust. 4, stosuje się odpowiednio przepisy § 2 ust. 4 - 8 rozporządzenia, o którym mowa w § 1.

- **ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 29 sierpnia 2018r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej** (Dz. U., poz. 1682) – rozporządzenie zaczyna obowiązywać z dniem 1 września 2019r. i jest aktem wykonawczym wydanym na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018r. poz. 1510, 1515, 1532, 1544, 1552 i 1669). W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016r. poz. 1146, z 2017r. poz. 1809 oraz z 2018r. poz. 1373) w załączniku w § 16: **1)** ust. 1a otrzymuje brzmienie:

*"1a. Prezes Funduszu ustala kapitacyjną stawkę roczną w sposób gwarantujący środki na wypłatę kwot, o których mowa w § 4 ust. 6 pkt 3 i § 4a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628 oraz z 2018r. poz. 1681).";* **2)** ust. 4 otrzymuje brzmienie: "4.



*Określając współczynniki korygujące na podstawie ust. 3, Prezes Funduszu uwzględnia wysokość dodatkowych środków przekazanych świadczeniodawcom zgodnie z § 4 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w sposób gwarantujący środki na wypłatę kwot, o których mowa w § 4 ust. 5 pkt 3 i § 4a tego rozporządzenia."*

**\* \* \* \* \***

## **Nowe akty prawne opublikowane w MONITORZE POLSKIM**

**\* \* \* \* \***

1. W Monitorze Polskim z dnia **10 sierpnia 2018r.** opublikowano:

- **KOMUNIKAT PREZESA GŁÓWNEGO URZĘDU STATYSTYCZNEGO z dnia 9 sierpnia 2018r. w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w drugim kwartale 2018r.** (Mon. P., poz. 764) – komunikat zaczyna obowiązywać od dnia 9 sierpnia 2018r. Na podstawie art. 20 pkt. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2018r. poz. 1270) ogłasza się, że przeciętne wynagrodzenie w drugim kwartale 2018r. wyniosło **4521,08 zł.**

2. W Monitorze Polskim z dnia **21 sierpnia 2018r.** opublikowano:

- **KOMUNIKAT PREZESA ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH z dnia 20 sierpnia 2018r. w sprawie kwoty przychodu odpowiadającej 70% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia za II kwartał 2018r. ogłoszonego do celów emerytalnych stosowanej przy zawieszaniu renty socjalnej** (Mon. P., poz. 806) – komunikat zaczyna obowiązywać od dnia 1 września 2018r. Na podstawie art. 10 ust. 9 ustawy z dnia 27 czerwca 2003r. o rencie socjalnej (Dz. U. z 2018r. poz. 1340) ogłasza się, że od dnia 1 września 2018r. kwota przychodu odpowiadająca 70% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia za II kwartał 2018r. ogłoszonego do celów emerytalnych wynosi **3164,80 zł.**
- **KOMUNIKAT PREZESA ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH z dnia 20 sierpnia 2018r. w sprawie kwot przychodu odpowiadających 70% i 130% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia ogłoszonego za II kwartał 2018r. stosowanych przy zmniejszaniu albo zawieszaniu emerytur i rent**

**Federacja Związków Zawodowych  
Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej  
SERWIS INFORMACYJNY – SIERPIEŃ 2018 r.**

---

(Mon. P., poz. 807) – komunikat zaczyna obowiązywać od dnia 1 września 2018r. Na podstawie art. 104 ust. 10 pkt. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2018r. poz. 1270) ogłasza się, że od dnia 1 września 2018r. kwota przychodu odpowiadająca:

70% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia ogłoszonego za II kwartał 2018r. wynosi **3164,80 zł**, a 130% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia ogłoszonego za II kwartał 2018r. wynosi **5877,40 zł**.

3. W Monitorze Polskim z dnia **23 sierpnia 2018r.** opublikowano:

- **KOMUNIKAT PREZESA ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH z dnia 20 sierpnia 2018r. w sprawie wysokości wskaźnika kwartalnej waloryzacji składek na ubezpieczenie emerytalne, środków, odsetek za zwłokę i opłaty prolongacyjnej, zewidencjonowanych na subkoncie za II kwartał 2018r.** (Mon. P., poz. 819) – komunikat zaczyna obowiązywać od dnia 20 sierpnia 2018r.

Na podstawie art. 40d ust. 7 ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017r. poz. 1778, z późn. zm.) ogłasza się, że wskaźnik kwartalnej waloryzacji składek na ubezpieczenie emerytalne, środków, odsetek za zwłokę i opłaty prolongacyjnej, zewidencjonowanych na subkoncie, za II kwartał 2018r. wynosi **101,00%**.

4. W Monitorze Polskim z dnia **28 sierpnia 2018r.** opublikowano:

- **OBWIESZCZENIE PREZESA ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH z dnia 20 sierpnia 2018r. w sprawie wskaźnika waloryzacji podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przyjętej do obliczenia świadczenia rehabilitacyjnego w IV kwartale 2018r.** (Mon. P., poz. 835) – obwieszczenie wchodzi w życie z dniem 1 października 2018r. Na podstawie art. 19 ust. 3 ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2017r. poz. 1368 oraz z 2018r. poz. 1076, 1544 i 1629) ogłasza się, że wskaźnik waloryzacji podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przyjętej do obliczenia świadczenia rehabilitacyjnego w IV kwartale 2018r. wynosi **100,1%**.

**\* \* \* \* \***

\* \* \* \* \*

## **Najważniejsze akty prawne opublikowane w DZIENNIKU URZĘDOWYM MINISTRA ZDROWIA**

\* \* \* \* \*

1. W Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia z **29 sierpnia 2018r.** opublikowano:
- **OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 29 sierpnia 2018r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych** (Dz. Urz. MZ., poz. 67) – obwieszczenie wchodzi w życie z dniem 1 września 2018r. i jest wydane na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 1844 oraz z 2018r. poz. 650 i 697). Obwieszczenie stanowi, że ustala się na dzień 1 września 2018r. wykaz refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, stanowiący załącznik do obwieszczenia.
  - **OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 29 sierpnia 2018r. w sprawie wykazu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, dla których ustalono urzędową cenę zbytu** (Dz. Urz. MZ., poz. 68) - obwieszczenie wchodzi w życie z dniem 1 września 2018r. i jest wydane na podstawie art. 37 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017r. poz. 1844 oraz z 2018r. poz. 650 i 697). Obwieszczenie ustala na dzień 1 września 2018r. nowy wykaz leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt. 4 ustawy, stanowiący załącznik do Obwieszczenia.

\* \* \* \* \*



**Federacja Związków Zawodowych  
Pracowników Ochrony Zdrowia  
i Pomocy Społecznej  
RADA KRAJOWA**

00-024 WARSZAWA, Al. Jerozolimskie 30  
tel. 629-02-49 ; fax. 621-55-86  
PKO BP S.A. 38 1020 1156 0000 7702 0006 6795

---

\* \* \* \* \*

**Adres strony internetowej Federacji:**

**[www.fzzpozips.com.pl](http://www.fzzpozips.com.pl)**

**Adres poczty elektronicznej Federacji:**

**[fzzpozips@poczta.onet.pl](mailto:fzzpozips@poczta.onet.pl)**

\* \* \* \* \*

**Kontakt do Kierownictwa Federacji ZZ POZ i PS:**

**PRZEWODNICZĄCA:**

**Urszula MICHALSKA -**

**[ulamichalska@poczta.onet.pl](mailto:ulamichalska@poczta.onet.pl)**

**WICEPRZEWODNICZĄCA:**

**Halina OBRANIAK - [hobraniak@wp.pl](mailto:hobraniak@wp.pl)**

**Dorota MAKSYMIUK - [dorota.m11@wp.pl](mailto:dorota.m11@wp.pl)**