

U S T A W A

z dnia

o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej¹⁾

Art. 1. W ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 2211, z późn zm.²⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 96 po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne wydawane na podstawie recepty w postaci elektronicznej, są wydawane po udostępnieniu klucza dostępu do recepty lub pakietu recept, o którym mowa w art. 96b ust. 1 pkt 1, albo kodu dostępu, o którym mowa w art. 96b ust. 1 pkt 2, oraz numeru PESEL, a w przypadku jego braku – serii i numeru paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.”;

2) w art. 96b w ust. 2 pkt 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2) na wskazany w systemie informacji w ochronie zdrowia numer telefonu, w postaci wiadomości tekstowej zawierającej kod dostępu, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, oraz informację o wymagalności numeru PESEL przy realizacji recepty, jeżeli pacjent podał ten numer;

3) w postaci wydruku – w przypadku braku wskazania w systemie informacji w ochronie zdrowia danych, o których mowa w pkt 1 i 2, oraz na każde żądanie pacjenta, albo w innej uzgodnionej postaci zawierającej klucz dostępu i nazwę produktu leczniczego – w przypadku udzielania świadczenia zdrowotnego w miejscu wezwania i braku możliwości przekazania informacji w postaci wydruku.”.

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, ustawę z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, ustawę z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej oraz ustawę z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 650, 697, 1039, 1375, 1515, 1544, 1629, 1637 i 1669.

Art. 2. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, 1515, 1532, 1544, 1552 i 1669) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 5:

a) uchyla się pkt 32b,

b) pkt 32c otrzymuje brzmienie:

„32c) system IOWISZ – system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 31a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 1845 oraz z 2018 r. poz. 697, 1515 i 1544);”;

2) po art. 19 dodaje się art. 19a w brzmieniu:

„Art. 19a. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach, świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej oraz świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej są udzielane każdego dnia w godzinach udzielania tych świadczeń zgodnie z harmonogramem przyjęć prowadzonym przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej..

2. Świadczeniodawca umieszcza w harmonogramie przyjęć świadczeniobiorcę, wyznaczając termin udzielenia świadczenia w następujący sposób:

1) świadczeniobiorcy zgłaszającemu się po raz pierwszy:

a) w przypadku przyjęcia w dniu zgłoszenia – termin udzielenia świadczenia,

b) posiadającemu prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej – termin określony zgodnie z zasadami, o których mowa w art. 47c ust. 4,

c) innemu niż wymieniony w lit. a i b – termin wynikający z prowadzonej listy oczekujących na udzielenie świadczenia, zgodnie z art. 20 ustawy;

2) kontynuującemu leczenie – termin wynikający z planu leczenia.

3. Wpis w harmonogramie przyjęć dotyczący świadczeniobiorcy, któremu udzielono świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłym, może zostać dokonany także niezwłocznie po udzieleniu tego świadczenia.

4. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 2, wpisuje do harmonogramu przyjęć, za zgodą świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego:

1) dane, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. b-g oraz i;

2) termin udzielenia świadczenia oraz każdą zmianę tego terminu wraz z podaniem przyczyny tej zmiany, a w przypadku gdy przyczyną zmiany tego terminu jest zmiana kategorii świadczeniobiorcy, o której mowa w pkt 3 - także uzasadnienie tej zmiany;

3) kategorię świadczeniobiorcy:

a) oczekujący – w przypadku świadczeniobiorcy wpisywanego na listę oczekujących, o której mowa w art. 20 ustawy,

b) przyjęty na bieżąco,

c) uprawniony do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej – ze wskazaniem podstawy tego uprawnienia,

d) kontynuujący leczenie,

e) rezerwujący – w przypadku świadczeniobiorcy, o którym mowa w lit. a, który wybrał późniejszy termin niż wskazany przez świadczeniodawcę,

f) przyjęty w stanie nagłym;

4) datę i przyczynę skreślenia z harmonogramu przyjęć.

5. Harmonogram przyjęć stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę.

6. Harmonogram przyjęć jest prowadzony w postaci elektronicznej.

7. Wpisów do harmonogramu przyjęć dokonuje się każdego dnia w godzinach udzielania świadczeń przez świadczeniodawcę. Ograniczenie to nie ma zastosowania w przypadku wpisów dokonywanych drogą elektroniczną.

8. Do prowadzenia harmonogramu przyjęć stosuje się odpowiednio art. 20 ust. 5–9.”;

3) w art. 20:

a) ust. 1 i 1a otrzymują brzmienie:

„1. Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach, świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej oraz świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

1a. Na liście oczekujących na udzielenie świadczenia umieszcza się świadczeniobiorców, o których mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 lit. a i e.”,

b) uchyla się ust. 1b,

c) w ust. 2 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) informuje świadczeniobiorcę w każdy dostępny sposób o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej, ustalonej zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie ust. 11, i terminie udzielenia świadczenia oraz na żądanie pacjenta uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu;”,

d) w ust. 2a pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) udostępnić świadczeniodawcy, przed dokonaniem wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, klucz dostępu do skierowania w postaci elektronicznej albo kod dostępu oraz numer PESEL, a w przypadku jego braku – serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;”,

e) po ust. 2aa dodaje się ust. 2ab w brzmieniu:

„2ab. W przypadku, o którym mowa w ust. 2a pkt 2, świadczeniodawca dokonuje wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia przez określenie odpowiedniego statusu skierowania w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.”,

f) po ust. 2b dodaje się ust. 2c i 2d w brzmieniu:

„2c. W przypadku braku dostępu do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, świadczeniodawca wpisuje świadczeniobiorcę w kolejnej pozycji prowadzonego przez siebie harmonogramu przyjęć, na podstawie informacji, o której mowa w art. 59b ust. 1.

2d. Niezwłocznie po uzyskaniu dostępu do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, świadczeniodawca dokonuje czynności, o której mowa w ust. 2ab.”,

g) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi część harmonogramu przyjęć, o którym mowa w art. 19a ust. 1.”,

h) po ust. 10f dodaje się ust. 10fa w brzmieniu:

„10fa. W przypadku gdy świadczeniobiorca otrzyma więcej niż jedno skierowanie w postaci elektronicznej od więcej niż jednej osoby uprawnionej do wystawiania tych skierowań zgodnie z art. 59aa ust. 2, na takie samo świadczenie opieki zdrowotnej, przepis ust. 10 stosuje się odpowiednio.”;

4) w art. 23:

a) ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1. Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 19a ust. 1, przekazuje w każdy pierwszy dzień tygodnia oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia informację:

1) o prowadzonych listach oczekujących na udzielanie świadczeń, z wyłączeniem listy oczekujących na udzielenie świadczenia, o której mowa w art. 20 ust. 12, obejmującą:

a) dane, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. c i d, dotyczące osób oczekujących według stanu na ostatni dzień tygodnia poprzedzającego,

b) liczbę oczekujących i średni czas oczekiwania obliczony w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1,

c) dane określone w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1;

2) odrębnie dla każdej kategorii świadczeniobiorcy, o której mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 lit. b -f:

a) liczbę świadczeniobiorców wpisanych w harmonogramie przyjęć według stanu na ostatni dzień tygodnia poprzedzającego,

b) liczbę świadczeniobiorców, którym udzielono świadczenia w danym tygodniu,

c) dane określone w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1;

3) liczbę świadczeniobiorców, którym zmieniono kategorię, o której mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3, wraz z oznaczaniem dotychczasowej oraz nowej kategorii.

2. Informacje, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lit. b, oraz o możliwości udzielenia świadczenia przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczenia publikuje na swojej stronie internetowej, aktualizując je co najmniej raz w tygodniu.”,

b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Świadczeniodawca przekazuje na koniec każdego jego dnia roboczego oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia informację o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, z wyłączeniem świadczenia, o którym mowa w art. 20 ust. 12, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej.”;

5) w art. 23a ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalu, świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej lub wykonujący badania, o których mowa w art. 59aa ust. 2, jest obowiązany umożliwić świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty lub badania, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia.”;

6) po art. 23a dodaje się art. 23b w brzmieniu:

„Art. 23b. 1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalu, świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej lub świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, jest obowiązany przekazać świadczeniobiorcy wpisanemu w harmonogramie przyjąć, w każdy dostępny sposób, informację przypominającą o wyznaczonym terminie udzielenia świadczenia, oraz o obowiązku poinformowania o niemożliwości stawienia się w wyznaczonym terminie:

1) nie później niż na 5 dni przed wyznaczonym terminem udzielenia świadczenia – w przypadku świadczeń realizowanych w zakresie leczenia szpitalnego oraz w zakresie świadczenia wysokospecjalistycznego, albo

2) nie później niż na 2 dni przed wyznaczonym terminem – w przypadku świadczeń innych niż wymienione w pkt 1.

2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do świadczeniobiorców wpisanych w harmonogramie przyjąć w aplikacji udostępnionej przez Prezesa Funduszu zgodnie z art. 190 ust. 1a.

3. Fundusz jest obowiązany do kontaktu ze świadczeniobiorcami w celu potwierdzenia terminu udzielenia świadczeń, dla których są prowadzone harmonogramy przyjąć w aplikacji udostępnionej przez Prezesa Funduszu.

4. W przypadku gdy Fundusz otrzyma od świadczeniobiorcy informację o niemożności stawienia się u świadczeniodawcy w terminie określonym w trybie art. 20 ust. 2, 7 lub 8 lub o rezygnacji ze świadczenia opieki zdrowotnej, jest on obowiązany poinformować o tym świadczeniodawcę, w którego harmonogramie przyjąć został wpisany świadczeniobiorca.”;

7) po art. 59a dodaje się art. 59aa w brzmieniu:

„Art. 59aa. 1. Skierowanie jest wystawiane w postaci papierowej albo w postaci elektronicznej.

2. Skierowania, o których mowa w art. 57 i art. 58, a także skierowania na badania: medycyny nuklearnej, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, endoskopowe przewodu pokarmowego i echokardiograficzne płodu są wystawiane w postaci elektronicznej, za wyjątkiem skierowania wystawionego:

- 1) dla osoby o nieustalonej tożsamości;
- 2) w przypadku braku dostępu do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;
- 3) na potrzeby świadczenia opieki zdrowotnej, udzielanego poza granicami kraju, o którym mowa w art. 42a.

3. Skierowania na badania medycyny nuklearnej i tomografii komputerowej są wystawiane w postaci elektronicznej także w przypadku gdy są finansowane ze środków innych niż środki publiczne.

4. Numer identyfikujący skierowanie w postaci elektronicznej, zwany dalej „identyfikatorem skierowania”, jest nadawany przez system teleinformatyczny usługodawcy w rozumieniu art. 2 pkt 15 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia lub system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 7 tej ustawy.”;

8) w art. 59b ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1. W przypadku skierowania w postaci elektronicznej, świadczeniobiorca otrzymuje informację o wystawionym skierowaniu zawierającą następujące dane:

- 1) klucz dostępu do skierowania;
- 2) kod dostępu;
- 3) identyfikator skierowania;
- 4) datę wystawienia skierowania;
- 5) imię i nazwisko świadczeniobiorcy;
- 6) identyfikator usługobiorcy, o którym mowa w art. 17c ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;
- 7) nazwę usługodawcy w rozumieniu art. 2 pkt 15 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz identyfikator usługodawcy, o którym mowa w art. 17c tej ustawy;
- 8) imię i nazwisko osoby wystawiającej skierowanie;
- 9) identyfikator pracownika medycznego, o którym w art. 17c ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;

- 10) numer telefonu do bezpośredniego kontaktu z osobą wystawiającą skierowanie;
 - 11) typ skierowania;
 - 12) informację „przypadek pilny”, jeżeli dotyczy;
 - 13) oznaczenie rodzaju podmiotu, do którego kieruje się świadczeniobiorcą, jeżeli dotyczy;
 - 14) wskazane przez osobę wystawiającą skierowanie miejsce jego realizacji, jeżeli dotyczy.
2. Informację, o której mowa w ust. 1, świadczeniobiorca otrzymuje:
- 1) na wskazany w systemie informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, adres poczty elektronicznej, jeżeli dotyczy;
 - 2) na wskazany w systemie informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, numer telefonu, w postaci wiadomości tekstowej, zawierającej kod dostępu, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, oraz informację o wymagalności numeru PESEL, jeżeli świadczeniobiorca podał ten numer;
 - 3) w postaci wydruku – w przypadku braku wskazania w systemie informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia danych, o których mowa w pkt 1 i 2, oraz na każde żądanie świadczeniobiorcy, albo w innej uzgodnionej postaci zawierającej klucz dostępu – w przypadku udzielania świadczenia opieki zdrowotnej w miejscu wezwania i braku możliwości przekazania informacji w postaci wydruku.”;
- 9) w art. 188 w ust. 1 w pkt 11 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 12 w brzmieniu:
- „12) przypominania o wyznaczonym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej.”;
- 10) w art. 190 ust. 1 i 1a otrzymują brzmienie:
- „1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, zakres niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, w tym sposób obliczania średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, szczegółowy sposób rejestrowania tych informacji, w tym w harmonogramie przyjęć, oraz ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, Funduszowi lub innemu

podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń ze środków publicznych, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji oraz wzory dokumentów, biorąc pod uwagę zakres zadań wykonywanych przez te podmioty oraz uwzględniając potrzebę ochrony danych osobowych.

1a. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej, do których dostępność, mierzona średnim czasem oczekiwania, jest znacznie utrudniona, minister właściwy do spraw zdrowia w przepisach wydanych na podstawie ust. 1 może określić wykaz świadczeń gwarantowanych, w przypadku których harmonogramy przyjęć, w tym listy oczekujących na udzielenie świadczenia, są prowadzone przez świadczeniodawców udzielających tych świadczeń w aplikacji udostępnionej przez Prezesa Funduszu.”.

Art. 3. W ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 i 1524 oraz z 2018 r. poz. 1115 i 1515) w art. 26 ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Elektroniczna dokumentacja medyczna, o której mowa w art. 2 pkt 6 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, jest udostępniana na zasadach określonych w przepisach tej ustawy, ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, 1515, 1532, 1544, i 1552 i 1669) oraz ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne.”.

Art. 4. W ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 1845 oraz z 2018 r. poz. 697, 1515 i 1544) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 2 w pkt 6 lit. a otrzymuje brzmienie:

„a) recepty i skierowania, o których mowa w art. 59aa ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,”;

2) w art. 11 w ust. 4:

a) w pkt 4 lit. b otrzymuje brzmienie:

„b) identyfikator skierowania, o którym mowa w art. 59aa ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na podstawie którego nastąpiło dane zdarzenie, jeżeli dotyczy,”;

b) pkt 7 otrzymuje brzmienie:

„7) elektroniczną dokumentację medyczną, o której mowa w art. 2 pkt 6 lit. a; ”,

c) pkt 8 otrzymuje brzmienie:

„8) dane dotyczące realizacji recepty lub zmiany statusu skierowania;”;

3) w art. 12 ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Płatnikom, o których mowa w art. 2 pkt 9 lit. a, przysługuje dostęp do danych, w tym danych osobowych i jednostkowych danych medycznych usługobiorców oraz danych dotyczących usługodawców, przetwarzanych w SIM, w zakresie niezbędnym do realizacji zadań, o których mowa w ust. 1 pkt 1–6 i 8, oraz prawo do pobrania danych niezbędnych do rozliczania udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej.”;

4) uchyla się art. 14;

5) w art. 56 uchyla się ust. 3.

Art. 5. W ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844 oraz z 2018 r. poz. 650, 697, 1515 i 1544) w art. 38c:

1) w ust. 12 zdanie drugie otrzymuje brzmienie:

„Upływ wskazanego na zleceniu terminu ważności dokumentu potwierdzającego uprawnienia dodatkowe powoduje realizację zlecenia bez uwzględnienia tych uprawnień.”;

2) ust. 13 otrzymuje brzmienie:

„13. Jeżeli limit finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego lub sposób realizacji zależą od uprawnień dodatkowych świadczeniobiorcy, zlecenie może zostać zrealizowane na warunkach je uwzględniających, do dnia upływu wskazanego na zleceniu terminu ważności dokumentu potwierdzającego te uprawnienia lub do dnia porodu, jednak nie później niż do dnia upływu terminu określonego w art. 38d ust. 1 albo 3.”.

Art. 6. W ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 123, 650, 1000, 1515, 1544, 1629 i 1669) w art. 15a ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. W ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa mają prawo wystawiać:

1) recepty na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego,

2) zlecenia albo recepty na wyroby medyczne

- niezbędne do kontynuacji leczenia, jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie.”.

Art. 7. W ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 2217 oraz z 2018 r. poz. 1000 i 1544) w art. 10 uchyla się ust. 2 i 6.

Art. 8. W ustawie z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1515) w art. 10 ust. 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2. Do dnia 1 lipca 2019 r. zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zlecenia naprawy mogą być wystawiane, potwierdzane i realizowane na dotychczasowych zasadach.

3. Zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zlecenia naprawy, które do dnia 1 lipca 2019 r. zostały:

1) wystawione,

2) wystawione i potwierdzone

– mogą być odpowiednio potwierdzane i realizowane albo realizowane na dotychczasowych zasadach, jednak nie dłużej niż do dnia 1 lipca 2020 r. ”.

Art. 9. Akt wykonawczy wydany na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy, o której mowa w art. 2, zachowuje moc do dnia wejścia w życie aktu wykonawczego wydanego na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy, o której mowa w art. 2, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, nie dłużej jednak niż do dnia 30 czerwca 2020 r.

Art. 10. W przypadku świadczeniobiorców, którym udziela się świadczeń opieki zdrowotnej innych niż określone na podstawie art. 190 ust. 1a ustawy zmienianej w art. 2, świadczeniodawcy mogą, do dnia 1 stycznia 2020 r., nie prowadzić harmonogramu przyjęć, o którym mowa w art. 19a ust. 1, ustawy zmienianej w art. 2, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 11. Skierowania, o których mowa w art. 59aa ust. 2 ustawy zmienianej w art. 2, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, mogą być wystawiane w postaci papierowej do dnia 31 grudnia 2020 r.

Art. 12. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem:

- 1) art. 8, który wchodzi w życie z dniem 31 grudnia 2018 r.;
- 2) art. 2 pkt 2, pkt 3 lit. a w zakresie art. 20 ust. 1a, lit. b i g, pkt 4, pkt 6, pkt 10, art. 9 i 10, które wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2019 r.;
- 3) art. 2 pkt 3 lit. a w zakresie art. 20 ust. 1, i pkt 5, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2020 r.

ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM, LEGISLACYJNYM I REDAKCYJNYM

Alina Budziszewska-Makulska

Zastępca Dyrektora

Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/