

Informacje o zmianach w prawie

Nowe rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

W dniu 1 stycznia 2016 roku weszło w życie nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - dalej „r.o.w.u”.

Zawiera ono między innymi przepisy, które określają mechanizmy otrzymywania przez świadczeniodawców dodatkowych środków finansowanych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne (te zmiany weszły w życie jeszcze w 2015 roku). Przyjęto przejściowy mechanizm uzyskiwania środków finansowych obowiązujących od dnia 1 września 2015 roku do dnia 30 czerwca 2016 roku.

Świadczeniodawca posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, **z wyłączeniem umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczenia wysokospecjalistyczne** otrzyma dodatkowe środki na wynagrodzenie pielęgniarek i położnych po przekazaniu do NFZ uzgodnionego z przedstawicielami związków zawodowych pielęgniarek i położnych zrzeszających wyłącznie pielęgniarki i położne, działających u świadczeniodawcy oraz upoważnionym przez okręgową radę pielęgniarek i położnych przedstawicielem samorządu pielęgniarek i położnych porozumienia, w którym uzgodniono sposób podziału tych zysków. Jak wskazano w uzasadnieniu do rozporządzenia, jednocześnie jest podpisywany aneks do umowy o udzielanie świadczeń, który obejmuje:

1) wysokość dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne na okres do dnia 30 czerwca 2016 roku;

2) postanowienia o zwrocie środków określonych w punkcie 1, w przypadku ich nieprzeznaczenia w sposób o którym mowa w § 2 ust. 3 r.o.w.u. i karze umownej w wysokości do 5% tych środków.

Ponadto nowe rozporządzenie w stosunku do poprzednio obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:

1) uaktualnia definicje pojęć takich jak: harmonogram, świadczeniodawca;

2) dodaje definicję szablonu rachunku, która sankcjonuje obecnie funkcjonujący system rozliczeń ze świadczeniodawcami z tytułu udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej oraz dodaje definicje rozliczenia wykonywania umowy;

3) uwzględnia możliwość zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez pełnomocnika konsorcjum;

4) określa tryb ustalania kwoty zobowiązania umów zawartych na okres dłuższy niż rok;

5) wprowadza zmiany wynikające z utworzenia centralnego organu administracji rządowej Rzecznika Praw Pacjenta.

Dodatkowo, odmowa przyjęcia dziecka do szpitala wymaga uprzedniej konsultacji z ordynatorem oddziału, do którego dziecko miałyby być przyjęte, albo jego zastępcą, albo lekarzem kierującym tym oddziałem w rozumieniu art. 49 ust. 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Wynik tej konsultacji odnotowuje się w dokumentacji medycznej. Wskazany przepis nie będzie miał zastosowania do umów w rodzaju leczenie uzdrowiskowe, ponadto wszedł on w życie w dniu 30 września 2015 roku.

Zgodnie z nowym rozporządzeniem w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej **lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może kontynuować leczenie farmakologiczne świadczeniobiorcy zastosowane przez lekarza w poradni specjalistycznej, jeżeli posiada informację od tego lekarza specjalisty¹.**

Nowelizacja ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry umożliwia lekarzowi wystawienie recepty niezbędnej do kontynuacji leczenia oraz zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne bez dokonania osobistego badania pacjenta, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej.

Rezygnacja z umów na wystawianie recept na refundowane produkty lecznicze

Ustawą z dnia 9 października 2015 roku o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw został zniesiony obowiązek konieczności zawierania umów, w celu wystawiania recept na refundowane produkty lecznicze. Według nowych przepisów dotychczas zawarte umowy wygasną z dniem 31 grudnia 2016 roku, zaś prawo do wystawiania recept na refundowane produkty lecznicze uzyskują wszyscy lekarze, lekarze dentyści, felczerzy, starsi felczerzy, a także od 1 stycznia 2016 roku pielęgniarki i położne, którzy posiadają prawo do wykonywania zawodu.

¹ Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący świadczeniobiorcę w poradni specjalistycznej jest obowiązany do informowania lekarza POZ (nie rzadziej niż co 12 miesięcy) o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobach medycznych wraz z informacją o okresie ich stosowania i sposobie dawkowania, a także o wyznaczonych wizytach kontrolnych.

Od początku 2016 roku obowiązek ten będzie ograniczony jedynie do sytuacji, gdy świadczeniobiorca wymaga okresowego monitorowania lub zmiany leczenia, a także gdy lekarz POZ nie ma możliwości samodzielnego zweryfikowania zasadności ordynowanych, w ramach leczenia specjalistycznego, leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (na podstawie § 12 ust. 4 i 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej /Dz.U. z 2015 roku, poz. 1400/).

W związku z powyższym, jeżeli nie wystąpi jedna z dwóch wskazanych przesłanek, nie ma konieczności, przed zaordynowaniem pacjentowi leków w ramach kontynuacji leczenia, uzyskać ponownej informacji od lekarza specjalisty.

1 stycznia 2016: zmiany w dokumentacji medycznej

Początek 2016 roku to także zmiany w przepisach dotyczących dokumentacji medycznej. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania - dalej r.d.m., wprowadza między innymi wzór książeczki zdrowia dziecka, czyli dokument, w którym uwzględnia się informacje dotyczące udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej dzieciom od urodzenia aż do uzyskania pełnoletności. Dokument ten ma pozwolić na ocenę prawidłowości rozwoju dziecka.

E-zwolnienia lekarskie od 1 stycznia 2016 roku

Zaświadczenia lekarskie o czasowej niezdolności do pracy od początku 2016 roku będą mogły być wystawiane w formie elektronicznej. Powyższą zmianę wprowadziła ustawa z dnia 15 maja 2015 roku o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw. Nie oznacza to jednak, iż znikają dotychczasowe zwolnienia lekarskie w formie papierowej. Zgodnie z przepisami prawa, **zwolnienia w formie papierowej będzie można wystawiać do końca 2017 roku.**

Do końca 2015 roku zasady wystawiania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy reguluje art. 54 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa - dalej u.ś.p.u.s. wedle którego Zakład Ubezpieczeń Społecznych upoważnia do wystawiania tych zaświadczeń lekarza, lekarza dentyzę, felczera i starszego felczera po złożeniu przez niego pisemnego oświadczenia, że zobowiązuje się do przestrzegania zasad orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wykonywania obowiązków wynikających z przepisów ustawy. Zgodnie z art. 55 u.ś.p.u.s. zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub pobytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej, konieczności osobistego sprawowania przez ubezpieczonego opieki nad chorym członkiem rodziny jest wystawiane na odpowiednim druku, według wzoru określonego w przepisach rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Zgodnie z art. 58 ust. 1 u.ś.p.u.s. takie wystawia się z dwiema kopiami, przy czym oryginał zaświadczenia lekarz przesyła, w ciągu 7 dni bezpośrednio do terenowej jednostki organizacyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, pierwszą kopię zaświadczenia otrzymuje ubezpieczony, zaś drugą kopię wystawiający przechowuje przez okres 3 lat. Z dniem 1 stycznia 2016 r. wyżej wymienione przepisy znikają z polskiego systemu prawnego. W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 15 maja 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz niektórych innych ustaw - dalej u.n.u.ś.p., nowelizującej ustawę o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby

i macierzyństwa zmianie ulega zarówno tryb uzyskiwania przez lekarzy uprawnień do wystawiania zwolnień, jak i sam tryb ich wystawiania.

Wedle nowego brzmienia art. 54 ust. 1 u.ś.p.u.s. podstawą dokonania przez ZUS upoważnienia lekarza do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy albo o konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny będzie złożenie przez lekarza oświadczenia o zobowiązaniu się do przestrzegania zasad orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wykonywania obowiązków wynikających z przepisów ustawy i przepisów o ochronie danych osobowych, bądź to w formie pisemnej bądź w formie dokumentu elektronicznego uwierzytelnionego z wykorzystaniem kwalifikowanego certyfikatu w rozumieniu art. 3 pkt 12 ustawy z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym lub profilu zaufanego ePUAP w rozumieniu art. 3 pkt 14 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne - u.i.dz.p., na elektroniczną skrzynkę podawczą Zakładu Ubezpieczeń Społecznych utworzoną zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 16 ust. 3 u.i.dz.p.

Oznacza to, iż podobnie jak dotąd lekarz będzie mógł przystąpić do wystawiania zwolnień po złożeniu oświadczenia i wpisaniu go przez ZUS na listę lekarzy do tego uprawnionych, jednak sam tryb składania oświadczenia ulegnie zmianie o tyle iż będzie mógł przybrać formę pisemną lub elektroniczną. Chcąc złożyć oświadczenie w formie elektronicznej lekarz będzie musiał utworzyć swój profil informacyjny w systemie informacyjnym ZUS.

Samo upoważnienie następować będzie nadal w formie decyzji, nie ulega bowiem zmianie brzmienie art. 54 ust. 3 u.ś.p.u.s. Tryb uzyskiwania uprawnień do wystawiania zwolnień lekarskich zmienia się więc o tyle, że rozszerzone zostają sposoby składania oświadczenia o gotowości przestrzegania zasad wystawiania zwolnień.

Zmiany w Prawie pracy

Od 1 stycznia 2016 r. zaczną obowiązywać przepisy, dzięki którym ułatwione będzie zatrudnianie młodych osób bezrobotnych do 30 roku życia. Jednym z nowych narzędzi jest możliwość zawarcia przez starostę umowy, na podstawie której refunduje on pracodawcy lub przedsiębiorcy przez okres 12 miesięcy część kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia, w wysokości uprzednio uzgodnionej, nieprzekraczającej jednak kwoty ustalonej jako iloczyn liczby zatrudnionych skierowanych bezrobotnych w miesiącu oraz kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę obowiązującej w ostatnim dniu zatrudnienia każdego rozliczanego miesiąca i składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia.

Z dniem 1 stycznia weszły w życie również przepisy dotyczące ozusowania umów zleceń. Zleceniobiorca, którego podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne w danym miesiącu będzie niższa od minimalnego wynagrodzenia, spełniający warunki do objęcia obowiązkowo ubezpieczeniami z innych tytułów, podlegać będzie ubezpieczeniom z innych tytułów.

Ponadto od 1 stycznia lekarze mają możliwość wystawiania zwolnienia lekarskiego w formie dokumentu elektronicznego uwierzytelnionego z wykorzystaniem kwalifikowanego certyfikatu lub profilu zaufanego ePUAP.

Warto w tym miejscu wspomnieć, iż 22 lutego 2016 r. wejdą w życie nowe przepisy dotyczące możliwości zatrudniania pracowników do na umowy o pracę na czas określony. Od tego dnia łączny okres zatrudnienia na podstawie umów o pracę na czas określony nie będzie mógł przekraczać 33 miesięcy, a łączna liczba tych umów nie będzie mogła przekraczać trzech. Wśród pozostałych zmian warto wskazać także wzrost minimalnego wynagrodzenia za pracę w 2016 r. do 1850 zł.

Kalendarz szczepień na rok 2016: zmiany w szczepieniach obowiązkowych i zalecanych

Ministerstwo Zdrowia opublikowało w dniu 19 października 2015 r. program szczepień ochronnych na rok 2016. Program zawiera między innymi zmiany w wytycznych dotyczących szczepień przeciwko OSTREMU NAGMINNEMU PORAŻENIU DZIECIĘCEMU (POLIOMYELITIS), a także wprowadza zmiany do kręgu osób, którym zaleca się wykonanie niektórych szczepień ochronnych.

Program został opublikowany komunikacie Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 16 października 2015 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2016.

Wśród zmian w szczepieniach obowiązkowych dzieci i młodzieży według wieku wskazać należy między innymi:

- zmianę w szczepieniu przeciwko POLIOMYELITIS w 5-6 miesiącu życia (po 6-8 tygodniach od poprzedniego szczepienia): druga dawka szczepienia podstawowego (wcześniej: druga dawka), która dokonywana jest teraz szczepionką inaktywowaną IPV poliwalentną (1,2,3 typ wirusa) jednocześnie z trzecią dawką szczepienia podstawowego przeciw BŁONICY, TĘŻCOWI, KRZTUŚCOWI;
- zmianę w szczepieniu przeciwko POLIOMYELITIS (szczepienie przypominające), doustnie (według wskazań producenta szczepionki), domięśniowo lub podskórnym (według wskazań producenta szczepionki) w okresie przedszkolnym (6 rok życia) poprzez wskazanie, iż dokonywana jest szczepionką atenuowaną OP V poliwalentną (1,2,3 typ wirusa) oraz, iż należy szczepić do wyczerpania zapasów szczepionki lecz nie dłużej, niż do dnia 31 marca 2016 roku. Od dnia 1 kwietnia 2016 roku należy szczepić wyłącznie szczepionką inaktywowaną IPV poliwalentną (1,2,3 typ wirusa);
- dodanie tabelki, która obejmuje wariant szczepień z użyciem szczepionki wysoko kojarzonej DTaP-IPV-Hib.

Do zmian w szczepieniach obowiązkowych osób narażonych w sposób szczególny na zakażenie należą:

- dodanie obowiązku szczepienia przeciwko WIRUSOWEMU ZAPALENIU WĄTROBY typu B (WZW typu B) dla osób w fazie zaawansowanej choroby nerek z filtracją kłębuszkową poniżej 30 ml/min oraz osób dializowanych. Ponadto wskazano, iż u osób w fazie zaawansowanej

choroby nerek z filtracją kłębuszkową poniżej 30 ml/min oraz u osób dializowanych dawki przypominające należy podawać według wskazań producenta szczepionki oraz zaleceń lekarza, jeśli stężenie przeciwciał anty HBs jest poniżej poziomu ochronnego (10 j.m./l). Zaleca się badanie poziomu przeciwciał co 6-12 miesięcy;

- zmiana kręgu obowiązku poddania się szczepieniu przeciwko OSPIE WIETRZNEJ, poprzez dodanie, iż wskazany obowiązek dotyczy dzieci:

1) do ukończenia 12 roku życia:

a) z upośledzeniem odporności o wysokim ryzyku ciężkiego przebiegu choroby,

b) z ostrą białaczką limfoblastyczną w okresie remisji,

c) zakażone HIV,

d) przed leczeniem immunosupresyjnym lub chemioterapią;

2) do ukończenia 12 roku życia z otoczenia osób określonych w pkt 1, które nie chorowały na OSPE WIETRZNA;

3) do ukończenia 12 roku życia, innych niż wymienione w pkt 1 i 2, przebywających w:

a) zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych,

b) zakładach opiekuńczo-leczniczych,

c) rodzinnych domach dziecka,

d) domach dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży,

e) domach pomocy społecznej,

f) placówkach opiekuńczo-wychowawczych,

g) regionalnych placówkach opiekuńczo-terapeutycznych,

h) interwencyjnych ośrodkach preadopcyjnych;

4) innych niż wymienione w pkt 1-3, przebywających w żłobkach lub klubach dziecięcych.

W szczepieniach zalecanych - niefinansowanych ze środków znajdujących się w budżecie ministra właściwego do spraw zdrowia wprowadzono zmiany polegające na:

- zmianie kręgu osób, którym szczególnie polecana jest szczepionka przeciwko GRYPIE:

1. Ze wskazań klinicznych i indywidualnych:

1) przewlekle chorym dzieciom (powyżej 6 miesiąca życia) i dorosłym, szczególnie chorującym na niewydolność układu oddechowego, astmę oskrzelową, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, niewydolność układu krążenia, chorobę wieńcową (zwłaszcza po przebytych zawale serca), niewydolność nerek, nawracający zespół nerczycowy, choroby wątroby, choroby metaboliczne, w tym cukrzycę, choroby neurologiczne i neurorozwojowe;

2) osobom w stanach obniżonej odporności (w tym pacjentom po przeszczepie narządów lub tkanek) i chorym na nowotwory układu krwiotwórczego;

3) dzieciom z grup ryzyka od 6 miesiąca życia do 18 roku życia, szczególnie zakażonym wirusem HIV, ze schorzeniami immunologiczno-hematologicznymi, w tym małopłytkowością idiopatyczną, ostrą białaczką, chłoniakiem, sferocytozą wrodzoną, asplenią wrodzoną, dysfunkcją śledziony, po splenektomii, z pierwotnymi niedoborami odporności, po leczeniu immunosupresyjnym, po przeszczepieniu szpiku, przed przeszczepieniem lub po przeszczepieniu narządów wewnętrznych, leczonym przewlekle salicylanami;

4) dzieciom z wadami wrodzonymi serca zwłaszcza sinicznymi, z niewydolnością serca, z nadciśnieniem płucnym;

5) kobietom w ciąży lub planującym ciążę.

2. Ze wskazań epidemiologicznych - wszystkim osobom od 6 miesiąca życia do stosowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, w szczególności:

1) zdrowym dzieciom w wieku od 6 miesiąca życia do 18 roku życia (ze szczególnym uwzględnieniem dzieci w wieku od 6 do 60 miesiąca życia);

2) osobom w wieku powyżej 55 lat;

3) osobom mającym bliski kontakt zawodowy lub rodzinny z dziećmi w wieku poniżej 6 miesiąca życia oraz z osobami w wieku podeszłym lub przewlekle chorymi (w ramach realizacji strategii kokonowej szczepień);

4) pracownikom ochrony zdrowia (personel medyczny, niezależnie od posiadanej specjalizacji oraz personel administracyjny), szkół, handlu, transportu;

5) pensjonariuszom domów spokojnej starości, domów pomocy społecznej oraz innych placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, w szczególności przebywającym w zakładach opiekuńczo-leczniczych, placówkach pielęgnacyjno-opiekuńczych, podmiotach świadczących usługi z zakresu opieki paliatywnej, hospicyjnej, długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzależnień;

- zmianie kręgu osób, którym szczególnie polecane jest szczepienie przeciwko BŁONICY, TĘŻCOWI, KRZTUŚCOWI na:

1. Dzieci, które nie otrzymały dawki przypominającej szczepionki błoniczo-tężcowo-krztuścowej (DTaP) w 6 roku życia.

2. Młodzież w wieku 14 i 19 lat zamiast dawki przypominającej szczepionki błoniczo-tężcowej (Td).

3. Wszystkie osoby dorosłe pojedynczą dawką przypominającą co 10 lat zamiast dawki przypominającej szczepionki błoniczo-tężcowej (Td).

Ze wskazań epidemiologicznych:

1) personelowi medycznemu mającemu kontakt z noworodkami i niemowlętami;

2) osobom w podeszłym wieku, które ze względu na wykonywane zajęcia są narażone na zakażenie;

3) kobietom planującym ciążę lub w ciąży (po 28 tygodniu ciąży);

4) osobom z otoczenia noworodków i niemowląt do 12 miesiąca życia.

- dodaniu do kręgu osób, którym szczególnie zalecane jest szczepienie przeciwko Inwazyjnym zakażeniom STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE ze wskazań epidemiologicznych: osób mających bliski kontakt zawodowy lub rodzinny z dziećmi w wieku poniżej 5 roku życia oraz z osobami w wieku podeszłym lub przewlekle chorymi (w ramach realizacji strategii kokonowej szczepień);

- usunięciu sposobu szczepienia przeciwko OSTREMUM NAGMINNEMU PORAŻENIU DZIECIĘCEMU (POLIOMYELITIS) szczepionką doustną OPV monowalentną lub poliwalentną (zawierającą 1 lub 2 lub 3 typy wirusa).

W wytycznych dotyczących szczepienia przeciwko ODRZE, ŚWINCE I RÓŻYCZCE zmieniono jeden punkt, zgodnie z którym w stosunku do dzieci powyżej 10 roku życia, które nie otrzymały dwóch dawek szczepionki skojarzonej przeciw ODRZE, ŚWINCE i RÓŻYCZCE, należy systematycznie uzupełnić brakującą dawkę szczepienia przypominającego, nie później niż do ukończenia 19 roku życia. Wcześniejsze szczepienie szczepionką przeciw ODRZE nie jest przeciwwskazaniem do zaszczepienia trójwartną skojarzoną szczepionką przeciw ODRZE, ŚWINCE i RÓŻYCZCE w 10 roku życia.

W wytycznych dotyczących szczepienia przeciw OSTREMUM NAGMINNEMU PORAŻENIU DZIECIĘCEMU (POLIOMYELITIS) dodano punkt, zgodnie z którym po dniu 31 marca 2016 r., nie wolno stosować szczepionki przeciw OSTREMUM NAGMINNEMU PORAŻENIU DZIECIĘCEMU (POLIOMYELITIS) zawierającej żywe atenuowane szczepy wirusa polio 1, 2, 3 typ wirusa (OPV). Od dnia 1 kwietnia 2016 roku należy szczepić wyłącznie szczepionką inaktywowaną IPV poliwalentną (1,2,3 typ wirusa). Ponadto dodano punkt, iż zgodnie ze strategią Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zawartą w dokumencie Endgame Strategic Plan 2013-2018, do końca 2018 r. przewidziana jest eradykacja wirusa polio. W maju 2015 r. przyjęto Rezolucję 68 Światowego Zgromadzenia Zdrowia w sprawie poliomyelitis, której jednym z najistotniejszych elementów jest wezwanie krajów członkowskich WHO do wycofania z użytku trójwartnej żywej szczepionki doustnej przeciw poliomyelitis tOPV i zastąpienie jej szczepionką dwuwartną bOPV lub rezygnacja ze szczepień szczepionką żywą na rzecz szczepionki inaktywowanej IPV, co stanowi jeden z elementów programu eradykacji wirusa polio. W związku z tym wskazane jest jednoczesne zaprzestanie stosowania atenuowanego szczepu wirusa polio typu 2 do przeprowadzania szczepień.

W wytycznych dotyczących stosowania szczepienia przeciw BŁONICY, TĘŻCOWI I KRZTUŚCOWI usunięto zapis, zgodnie z którym szczepionki przeciw BŁONICY, TĘŻCOWI i KRZTUŚCOWI ze zmniejszoną zawartością toksoidu błoniczego i komponentu krztuścowego (dTap) można stosować u dzieci po ukończeniu 7 roku życia, które nie otrzymały dawki przypominającej szczepionki przeciw BŁONICY, TĘŻCOWI i KRZTUŚCOWI (DTaP) w 6 roku życia. Dodano do wytycznych natomiast zapis, iż u dzieci, które ukończyły 6 rok życia, a które w 6 roku życia nie otrzymały dawki przypominającej szczepionki przeciw BŁONICY, TĘŻCOWI i KRZTUŚCOWI (DTaP) można stosować szczepionki przeciw BŁONICY, TĘŻCOWI i KRZTUŚCOWI ze zmniejszoną zawartością toksoidu błoniczego i komponentu krztuścowego (dTap).

W wytycznych dotyczących szczepienia przeciw INWAZYJNEMU ZAKAŻENIU HAEMOPHILUS INFLUENZAE TYPU b, zmieniono punkt pierwszy, zgodnie z którym obecnie szczepienia przeciw inwazyjnemu zakażeniu HAEMOPHILUS INFLUENZAE typu b należy przeprowadzić jednocześnie z kolejnymi dawkami szczepionki przeciw BŁONICY, TĘŻCOWI i KRZTUŚCOWI. Pełen schemat szczepień powinien składać się z trzech dawek szczepienia

podstawowego podawanych w odstępach 6-8 tygodniowych w 1 roku życia oraz czwartej dawki szczepienia podstawowego (uzupełniającej) podanej w 2 roku życia, o ile producent szczepionki nie wskazuje innego schematu uodpornienia. Ponadto dodano, iż Alternatywnie w przypadku dostępności szczepionki skojarzonej do szczepienia podstawowego można stosować szczepionki skojarzone DTaP-IPV-Hib.

Od nowego roku nie będą potrzebne zaproszenia na badania profilaktyczne

W dniu 22 grudnia 2015 roku Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wydał zarządzenie Nr 99/2015/DSOZ zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne. Zarządzenie dostosowuje wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne do aktualnego stanu prawnego oraz dokonuje zmian w przedmiocie sposobu zapraszania do korzystania z programu profilaktyki raka szyjki macicy i programu profilaktyki raka piersi.

Zarządzenie wprowadza we wzorze umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne postanowienia dotyczące przeznaczania dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki, a także postanowienia odnoszące się do kar umownych nakładanych na świadczeniodawcę w przypadku nieprzekazania informacji o liczbie pielęgniarek realizujących świadczenia opieki zdrowotnej oraz w przypadku nieprzeznaczenia przez świadczeniodawcę dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki.

Ponadto z nowym rokiem rezygnowano z dotychczasowego sposobu zapraszania do korzystania z programu. W miejsce imiennych zaproszeń kierowanych do świadczeniobiorców wspieranych akcją informacyjną o programie prowadzoną przez świadczeniodawców realizujących program, wprowadza się regułę, iż do udziału w programie nie jest wymagane skierowanie, a świadczeniodawcy prowadzą akcję informacyjną o programie.

Nowa lista refundacyjna obowiązująca od 1 stycznia 2016 roku

Ministerstwo Zdrowia opublikowało obwieszczenie dotyczące nowej listy leków refundowanych, która będzie obowiązywała od 1 stycznia 2016 roku. W porównaniu do obecnie obowiązującego wykazu zawiera 49 nowych produktów, będących odpowiednikami leków dotychczas refundowanych.

Do listy dodano lek zawierający budesonid, w postaci tabletek o przedłużonym uwalnianiu (1 kod EAN), który nie znalazł się w projekcie obwieszczenia z 18 grudnia 2015 roku. Lek dostępny będzie z odpłatnością ryczałtową we wskazaniu indukcja remisji u dorosłych pacjentów z łagodną do umiarkowanej, aktywną postacią wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, gdzie leczenie preparatami 5-ASA jest niewystarczające. Poza tym w związku z wpływaniem wniosków o skrócenie terminu obowiązywania decyzji refundacyjnych oraz upłynięciem z 1 stycznia 2016 roku terminu obowiązywania decyzji refundacyjnych, w nowym obwieszczeniu nie znajdzie się 169

produktów obecnych w poprzednim. Dla 1335 produktów zawierających 219 substancji czynnych lub rodzajów środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, lub rodzajów wyrobów medycznych wprowadzono obniżki urzędowych cen zbytu od 838,08 zł do 1 gr. Zgodnie obwieszczeniem dla 1257 produktów (1393 pozycji obwieszczenia) spadnie dopłata pacjenta – od 873,18 zł do 1 gr, dla 649 produktów (699 pozycji obwieszczenia) wzrośnie dopłata pacjenta – od 1 gr do 1417,50 zł, dla 2007 produktów (2249 pozycji obwieszczenia) spadną ceny detaliczne brutto – od 880,15 zł do 1 gr, a dla 44 produktów (49 pozycji obwieszczenia) wzrosną ceny detaliczne brutto – od 3 gr do 2,64 zł.

Obwieszczenie zawiera także zmiany w zakresie programów lekowych. Refundacją zostanie objęty lek zawierający substancję czynną mitoxantron (1 kod EAN), a także kolejne leki zawierające substancje czynne: deferazyroks (1 kod EAN), iloprost (1 kod EAN), turoctocog alfa (6 kodów EAN), voriconazol (1 kod EAN). Dla 94 leków zawierających 27 substancji czynnych stosowanych w chemioterapii i programach lekowych wprowadzono obniżki urzędowych cen zbytu od 5203,20 zł do 0,16 zł. W związku z: wpłynięciem wniosków o skrócenie terminu obowiązywania decyzji refundacyjnych, upłynięciem z 1 stycznia 2016 roku terminu obowiązywania decyzji refundacyjnych oraz odmową refundacji na kolejny okres w nowym obwieszczeniu nie znalazło się 28 produktów obecnych w poprzednim.