SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VIII kadencja

Druk nr 3068

S P R A W O Z D A N I E

KOMISJI ZDROWIA

o rządowym projekcie ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (druk nr 3017)

Sejm na 72. posiedzeniu w dniu 22 listopada 2018 r. – na podstawie art. 39 ust. 2 regulaminu Sejmu – skierował powyższy projekt ustawy do Komisji Zdrowia w celu rozpatrzenia.

Komisja Zdrowia po rozpatrzeniu powyższego projektu ustawy na posiedzeniu w dniu 5 grudnia 2018 r.

wnosi:

W y s o k i S e j m uchwalić raczy załączony projekt ustawy.

Warszawa, dnia 5 grudnia 2018 r.

Sprawozdawca

/-/ Teresa Glenc

Przewodniczący
Komisji Zdrowia

/-/ Bartosz Arłukowicz

Projekt

U S T A W A

z dnia 2018 r.

o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej[1)]

Art. 1. W ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1509, z późn zm.[2)]) po art. 52i dodaje się art. 52j w brzmieniu:

„Art. 52j. 1. Podatnik może od dochodu z pozarolniczej działalności gospodarczej ustalonego za 2018 r. zgodnie z art. 9, art. 24 ust. 1, 2, 3b–3e, art. 24b ust. 1 i 2 lub art. 25 odliczyć wydatki, pomniejszone o podatek od towarów i usług, które zostały poniesione w tym roku na nabycie towarów lub usług, w tym na nabycie lub ulepszenie środków trwałych lub na nabycie wartości niematerialnych i prawnych, umożliwiających podłączenie do Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, o której mowa w art. 7 ust. 1 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. Odliczenie stosuje się do podatnika prowadzącego aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny lub podatnika będącego wspólnikiem spółki niebędącej osobą prawną prowadzącej aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny.

3. Odliczeniu podlegają wydatki, o których mowa w ust. 1, do wysokości kwoty stanowiącej iloczyn 3500 zł oraz liczby stanowisk w aptece

---

1) Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawę z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych, 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, ustawę z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, ustawę z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, 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. 1540, 1552, 1629, 1669, 1693, 2073, 2126 i 2159.

ogólnodostępnej albo punkcie aptecznym, przy czym liczba uwzględnionych stanowisk nie może być większa niż cztery.

4. W przypadku gdy podatnik poniósł wydatki, o których mowa w ust. 1, w odniesieniu do więcej niż jednej apteki ogólnodostępnej lub jednego punktu aptecznego prowadzonych przez tego podatnika lub spółkę niebędącą osobą prawną, w której jest wspólnikiem, odliczeniu podlega suma wydatków obliczonych zgodnie z ust. 3 osobno dla każdej z tych aptek lub każdego z tych punktów aptecznych, przy czym liczba uwzględnionych aptek i punktów aptecznych nie może być większa niż cztery.

5. Wydatki, o których mowa w ust. 1, podlegają odliczeniu od dochodu opodatkowanego na zasadach określonych w art. 27 lub art. 30c, przy czym suma odliczeń dokonanych na tych zasadach nie może przekroczyć kwoty wydatków określonych zgodnie z ust. 3 i 4.

6. Wydatki, o których mowa w ust. 1, podlegają odliczeniu, jeżeli nie zostały podatnikowi zwrócone w jakiejkolwiek formie.

7. Użyte w niniejszym artykule określenie:

1) apteka ogólnodostępna – oznacza aptekę ogólnodostępną w rozumieniu art. 87 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 2211, z późn. zm.[3)]);
2) punkt apteczny – oznacza punkt apteczny w rozumieniu art. 70 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne.”.

Art. 2. W ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1036, z późn zm.[4)]) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 27 po ust. 4 dodaje się ust. 4a w brzmieniu:

„4a. Jeżeli podatnik, obliczając podatek należny, dokonał odliczeń od dochodu, podstawy opodatkowania lub podatku, a następnie otrzymał zwrot odliczonych kwot (w całości lub w części), w zeznaniu podatkowym składanym

---

3) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 650, 697, 1039, 1375, 1515, 1544, 1629, 1637 i 1669.
4) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1162, 1291, 1629, 1669, 1693, 2073 i 2159.

za rok podatkowy, w którym otrzymał ten zwrot, dolicza odpowiednio kwoty poprzednio odliczone.”;

2) po art. 38d dodaje się art. 38e w brzmieniu:

„Art. 38e. 1. Podatnik może od dochodu z innych źródeł przychodów niż zyski kapitałowe ustalonego zgodnie z art. 7 odliczyć wydatki, pomniejszone o podatek od towarów i usług, które zostały poniesione w 2018 r. na nabycie towarów lub usług, w tym na nabycie lub ulepszenie środków trwałych lub na nabycie wartości niematerialnych i prawnych, umożliwiających podłączenie do Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, o której mowa w art. 7 ust. 1 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. Odliczenie stosuje się do podatnika prowadzącego aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny lub podatnika będącego wspólnikiem spółki niebędącej osobą prawną prowadzącej aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny.

3. Odliczeniu podlegają wydatki, o których mowa w ust. 1, do wysokości kwoty stanowiącej iloczyn 3500 zł oraz liczby stanowisk w aptece ogólnodostępnej albo punkcie aptecznym, przy czym liczba uwzględnionych stanowisk nie może być większa niż cztery.

4. W przypadku gdy podatnik poniósł wydatki, o których mowa w ust. 1, w odniesieniu do więcej niż jednej apteki ogólnodostępnej lub jednego punktu aptecznego prowadzonych przez tego podatnika lub spółkę niebędącą osobą prawną, w której jest wspólnikiem, odliczeniu podlega suma wydatków obliczonych zgodnie z ust. 3 osobno dla każdej z tych aptek lub każdego z tych punktów aptecznych, przy czym liczba uwzględnionych aptek i punktów aptecznych nie może być większa niż cztery.

5. Odliczenia dokonuje się w zeznaniu składanym za rok podatkowy, w którym zostały poniesione wydatki, o których mowa w ust. 1, a w przypadku podatnika, którego rok podatkowy jest inny niż kalendarzowy – w zeznaniu składanym za rok podatkowy:

1) obejmujący dzień 31 grudnia 2018 r. albo

2) w którym poniósł ostatni wydatek, o którym mowa w ust. 1.

6. Wydatki, o których mowa w ust. 1, podlegają odliczeniu, jeżeli nie zostały podatnikowi zwrócone w jakiejkolwiek formie.

7. Użyte w niniejszym artykule określenie:

1) apteka ogólnodostępna – oznacza aptekę ogólnodostępną w rozumieniu art. 87 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 2211, z późn. zm.[5)]);
2) punkt apteczny – oznacza punkt apteczny w rozumieniu art. 70 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne.”.

Art. 3. W ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 2211, z późn zm.[6)]) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 96 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne są wydawane z apteki ogólnodostępnej przez farmaceutę lub technika farmaceutycznego w ramach jego uprawnień zawodowych na podstawie recepty, bez recepty, na podstawie zapotrzebowania podmiotu wykonującego działalność leczniczą, zwanego dalej „zapotrzebowaniem”. W przypadku recepty w postaci elektronicznej, produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne są wydawane po udostępnieniu:

1) klucza dostępu do recepty lub pakietu recept, o którym mowa w art. 96b ust. 1 pkt 1, albo
2) 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:

a) w ust. 1 pkt 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1) numer składający się z czterdziestu czterech cyfr generowany w momencie zapisu recepty przez system, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie

---

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

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

zdrowia, umożliwiający dostęp do recepty lub pakietu recept, zwany dalej „kluczem dostępu do recepty lub pakietu recept”;

2) numer składający się z czterech cyfr generowany w momencie zapisu recepty przez system, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, umożliwiający dostęp do recepty w połączeniu z identyfikatorem usługobiorcy, o którym mowa w art. 17c ust. 2 tej ustawy, zwany dalej „kodem dostępu”.”,

b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Informacja o wystawionej recepcie może zawierać fotokody, w tym kody QR.”,

c) 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 co najmniej kod dostępu oraz informację o konieczności podania numeru PESEL przy realizacji recepty, jeżeli dotyczy;

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 żądanie pacjenta, albo w innej uzgodnionej postaci zawierającej co najmniej klucz dostępu do recepty lub pakietu recept lub kod dostępu oraz nazwę produktu leczniczego – w przypadku udzielania świadczenia zdrowotnego w miejscu wezwania lub badania za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności i braku możliwości przekazania informacji w postaci wydruku.”,

d) w ust. 4 wyrazy „ust. 1” zastępuje się wyrazami „ust. 1 i 1a”.

Art. 4. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.[7)]) 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 oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne 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 w dniu zgłoszenia,
   b) posiadającemu prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej – termin udzielenia świadczenia ustalony w sposób, o którym mowa w art. 47c ust. 4,
   c) innemu niż wymieniony w lit. a i b – termin udzielenia świadczenia wynikający z prowadzonej listy oczekujących na udzielenie świadczenia, zgodnie z art. 20;
2) świadczeniobiorcy kontynuującemu leczenie – termin udzielenia świadczenia wynikający z planu leczenia.

[7)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1515, 1532, 1544, 1552, 1669 i 1925.

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

4. Świadczeniodawca wpisuje w harmonogramie przyjęć:

1) dane, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. b–h oraz j;
2) dane dotyczące terminu udzielenia świadczenia:
   a) termin wyznaczony w dniu wpisu w harmonogramie przyjęć,
   b) informację o rezerwacji terminu – w przypadku gdy świadczeniobiorca wybrał termin późniejszy niż wskazany przez świadczeniodawcę,
   c) zmianę terminu wraz z podaniem przyczyny tej zmiany, a w przypadku gdy przyczyną zmiany terminu jest zmiana kategorii świadczeniobiorcy, o której mowa w pkt 3, także uzasadnienie tej zmiany;
3) kategorię świadczeniobiorcy:
   a) przyjęty na bieżąco – w przypadku świadczeniobiorcy, któremu udzielono świadczenia w dniu zgłoszenia, z wyłączeniem świadczeniobiorcy, o którym mowa w lit. d i f,
   b) oczekujący – w przypadku świadczeniobiorcy wpisywanego na listę oczekujących,
   c) oczekujący objęty diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego – w przypadku świadczeniobiorcy wpisywanego na listę oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 12,
   d) posiadający prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej – ze wskazaniem podstawy tego prawa,
   e) kontynuujący leczenie,
   f) przyjęty w stanie nagłym;
4) datę i przyczynę skreślenia z harmonogramu przyjęć.

5. Świadczeniodawca może nie wpisywać w harmonogramie przyjęć terminu udzielenia świadczenia w przypadku świadczeń:

1) pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej;
2) opieki paliatywnej i hospicyjnej, innych niż:
   a) udzielane w warunkach ambulatoryjnych,

b) świadczenia perinatalnej opieki paliatywnej.

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

7. Harmonogram przyjęć jest prowadzony w postaci elektronicznej.

8. Wpisów do harmonogramu przyjęć dokonuje się każdego dnia co najmniej w godzinach udzielania świadczeń przez świadczeniodawcę. Zgłoszenia świadczeniobiorców drogą elektroniczną dokonywane są w dowolnym czasie.

9. Do prowadzenia harmonogramu przyjęć stosuje się odpowiednio przepisy art. 20 ust. 2a–2d i ust. 5–9.”;

3) w art. 20:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach, świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.”,

b) uchyla się ust. 1b,

c) w ust. 2:

– pkt 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2) informuje świadczeniobiorcę w wybrany przez siebie 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 świadczeniobiorcy uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu;

3) wpisuje:

a) numer kolejny,

b) datę i godzinę wpisu,

c) identyfikator skierowania, o którym mowa w art. 59aa ust. 4,

d) imię i nazwisko świadczeniobiorcy,

e) numer PESEL, a w przypadku jego braku – serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy,

f) rozpoznanie lub powód przyjęcia,

g) adres świadczeniobiorcy,

h) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem,

i) dane dotyczące terminu udzielenia świadczenia:

– termin oznaczony przez wskazanie daty (dzień, miesiąc, rok); jeżeli planowany termin przekracza 6 miesięcy, licząc od daty wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, świadczeniodawca może, w chwili wpisywania na listę, wskazać termin z dokładnością do tygodnia, miesiąca i roku; w tym przypadku data udzielenia świadczenia powinna być ustalona nie później niż na 14 dni przed planowanym terminem udzielenia świadczenia; art. 19a ust. 5 stosuje się odpowiednio,

– informację o rezerwacji terminu – w przypadku gdy świadczeniobiorca wybrał termin późniejszy niż wskazany przez świadczeniodawcę,

– uwzględniane przy wyznaczaniu terminu kryterium medyczne określone w przepisach wydanych na podstawie ust. 11,

– zmianę terminu wraz z podaniem przyczyny, a w przypadku gdy przyczyną jest zmiana kryterium medycznego określonego w przepisach wydanych na podstawie ust. 11, także uzasadnienie tej zmiany,

– informację o uwzględnieniu, przy wyznaczaniu terminu, daty zgłoszenia u świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku, o którym mowa w ust. 10b,

– informację o przywróceniu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia w przypadku, o którym mowa w ust. 10f,

j) imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu

– w kolejnej pozycji prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia;”,

– w pkt 5 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 6 w brzmieniu:

„6) na żądanie świadczeniobiorcy wystawia zaświadczenie o wpisie świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia oraz o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej, ustalonej zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie ust. 11, i terminie udzielenia świadczenia.”,

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

„2) udostępnić świadczeniodawcy, przed dokonaniem wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia:

a) klucz dostępu do skierowania, o którym mowa w art. 59b ust. 1 pkt 1, albo

b) kod dostępu, o którym mowa w art. 59b ust. 1 pkt 2, 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, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2, w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.”,

f) w ust. 2b pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) umożliwia ponowne użycie skierowania, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2, przez odpowiednią zmianę jego statusu w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7

ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.”,

g) 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 prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia, 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.”,

h) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi część harmonogramu przyjęć.”,

i) po ust. 8 dodaje się ust. 8a w brzmieniu:

„8a. W przypadku, o którym mowa w ust. 8, przekazanie świadczeniobiorcy informacji o zmianie terminu udzielenia świadczenia, w przypadku świadczeń, dla których do planowanego terminu udzielenia świadczenia pozostało więcej niż 180 dni, może odbywać się raz na trzy miesiące.”,

j) po ust. 9 dodaje się ust. 9a w brzmieniu:

„9a. W przypadku, o którym mowa w ust. 9, świadczeniodawca może informować o możliwości zmiany terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej świadczeniobiorców oczekujących na udzielenie świadczenia wpisanych na tę listę, którym określono termin udzielenia świadczenia w przedziale między 7. a 30. dniem liczonym od upływu terminu wyznaczonego dla świadczeniobiorcy, który nie stawił się u świadczeniodawcy w celu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej lub zrezygnował z udzielenia tego świadczenia, z uwzględnieniem kryteriów medycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 11.”,

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

„10fa. W przypadku gdy świadczeniobiorca otrzyma więcej niż jedno skierowanie, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2, na takie samo świadczenie opieki zdrowotnej, przepis ust. 10 stosuje się.”;

4) w art. 23:

a) ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1. Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 19a ust. 1, przekazuje co miesiąc oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia informację obejmującą:

1) dla każdej kategorii świadczeniobiorcy, o której mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 – liczbę osób wpisanych w harmonogramie przyjęć według stanu na ostatni dzień miesiąca;
2) dla każdego świadczeniobiorcy wpisanego do kategorii oczekujący, o której mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 lit. b – dane, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. d i e, według stanu na ostatni dzień miesiąca ze wskazaniem kryterium medycznego określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11, a w przypadku zmiany w okresie sprawozdawczym kategorii, o której mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 – także wskazanie kategorii posiadanej przed dokonaniem i po dokonaniu zmiany;
3) dane określone w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1.

2. Oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczenia publikuje na swojej stronie internetowej, aktualizując co najmniej raz w miesiącu, informację o:

1) liczbie świadczeniobiorców wpisanych do kategorii oczekujący, o której mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 lit. b, przekazaną przez świadczeniodawcę;
2) średnim czasie oczekiwania w danym miesiącu, obliczonym na podstawie dokumentów rozliczeniowych za dany miesiąc;
3) możliwości udzielenia świadczenia przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.”,

b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 20 ust. 1, przekazuje każdego jego dnia roboczego do godziny dziesiątej oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia informację o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia według stanu na dzień poprzedzający, z wyłączeniem świadczeń, dla których jest prowadzona lista oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 12, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, innych niż udzielane w warunkach ambulatoryjnych oraz świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej.”,

c) po ust. 4 dodaje się ust. 4a w brzmieniu:

„4a. W przypadku ograniczonych możliwości technicznych świadczeniodawcy, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczenia może wyrazić zgodę na przekazywanie informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia przez świadczeniodawcę raz w tygodniu.”,

d) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Informację, o której mowa w ust. 4 i 4a, oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczenia publikuje na swojej stronie internetowej, aktualizując ją w dniu przekazania przez danego świadczeniodawcę.”,

e) ust. 8 i 9 otrzymują brzmienie:

„8. Prezes Funduszu tworzy centralny wykaz informacji o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej i średnim czasie oczekiwania w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu na podstawie informacji, o których mowa w ust. 2, 4 i 4a, przekazywanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu.

9. Prezes Funduszu udziela świadczeniobiorcom informacji o danych zawartych w wykazie, o którym mowa w ust. 8, oraz informacji, o której mowa w ust. 4 i 4a, w szczególności przez bezpłatną linię telefoniczną.”;

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

„1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach lub świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, jest obowiązany umożliwić świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, 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. Fundusz jest obowiązany do kontaktu ze świadczeniobiorcami w celu przypominania o wyznaczonym terminie udzielenia świadczeń, dla których są prowadzone harmonogramy przyjęć w aplikacji udostępnionej przez Prezesa Funduszu, zgodnie z art. 190 ust. 1a.

2. 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 niezwłocznie świadczeniodawcę, w którego harmonogramie przyjęć został wpisany świadczeniobiorca.”;

7) w art. 42d w ust. 5 w pkt 3 lit. a otrzymuje brzmienie:

„a) skierowania, a w przypadku skierowania, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2, wydruk, o którym mowa w art. 59b ust. 2 pkt 3, lub zlecenia, o którym mowa w art. 42b ust. 3–5,”;

8) w art. 42f w ust. 5 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) dołącza się dokumentację medyczną oraz zaświadczenie, o którym mowa w art. 20 ust. 2 pkt 6, a w przypadku dokumentacji medycznej sporządzonej w języku obcym – tłumaczenie tej dokumentacji na język polski; tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego;”;

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

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

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, dla których skierowania są wystawiane w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej, o którym mowa w art. 5 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, zwanym dalej „SIM”, mając na uwadze sposób finansowania tych

świadczeń oraz z uwzględnieniem zasad realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie skierowania.

3. Skierowania, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie ust. 2, są wystawiane w postaci papierowej w przypadku:

1) braku dostępu do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;
2) skierowania dla osoby o nieustalonej tożsamości;
3) skierowania wystawianego przez lekarza, o którym mowa w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2018 r. poz. 617, z późn. zm.[8)]), albo pielęgniarkę i położną, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

4. Numer identyfikujący skierowanie, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie ust. 2, 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.

5. Skierowania, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie ust. 2, zapisuje się i przechowuje w SIM.

6. Treść skierowania zapisanego w SIM nie może być zmieniana. Skierowanie, którego treść wymaga zmiany, zostaje anulowane w SIM przez osobę wystawiającą to skierowanie, a zmiana treści takiego skierowania następuje przez wystawienie nowego skierowania.";

10) w art. 59b:

a) ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1. W przypadku skierowania, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2, świadczeniobiorca otrzymuje informację o wystawionym skierowaniu zawierającą następujące dane:

1) numer składający się z czterdziestu czterech cyfr generowany w momencie zapisu skierowania przez system teleinformatyczny, o

---

8) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 650, 697, 1515, 1532, 1544, 1629 i 1669.

którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, umożliwiający dostęp do skierowania, zwany dalej „kluczem dostępu do skierowania”;

2) numer składający się z czterech cyfr generowany w momencie zapisu skierowania przez system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, umożliwiający dostęp do skierowania w połączeniu z identyfikatorem usługobiorcy, o którym mowa w art. 17c ust. 2 tej ustawy, zwany dalej „kodem dostępu”;
3) identyfikator skierowania;
4) datę wystawienia skierowania;
5) imię i nazwisko świadczeniobiorcy;
6) 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 ust. 3 tej ustawy;
7) imię i nazwisko osoby wystawiającej skierowanie;
8) identyfikator pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;
9) numer telefonu do świadczeniodawcy wystawiającego skierowanie;
10) typ skierowania;
11) informację „przypadek pilny”, jeżeli dotyczy;
12) oznaczenie rodzaju podmiotu, do którego kieruje się świadczeniobiorcę, jeżeli dotyczy;
13) 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 co najmniej kod dostępu oraz informację o konieczności podania numeru PESEL, jeżeli dotyczy;

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 żądanie świadczeniobiorcy, albo w innej uzgodnionej postaci zawierającej co najmniej klucz dostępu do skierowania lub kod dostępu – w przypadku udzielania świadczenia opieki zdrowotnej w miejscu wezwania lub badania za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności i braku możliwości przekazania informacji w postaci wydruku.”,

b) po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Informacja o wystawionym skierowaniu może zawierać fotokody, w tym kody QR.”,

c) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Informacja o wystawionym skierowaniu nie może zawierać żadnych innych niż określone w ust. 1 i 2a treści, w szczególności o charakterze reklamy.”;

11) 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.”;

12) 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 są prowadzone przez świadczeniodawców udzielających tych świadczeń w aplikacji udostępnionej przez Prezesa Funduszu.”.

Art. 5. 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 oraz ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne.”.

Art. 6. 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:
   a) w pkt 6:
      – lit. a otrzymuje brzmienie:
        „a) recepty,”,
      – w lit. b średnik zastępuje się przecinkiem i dodaje się lit. c w brzmieniu:
        „c) skierowania określone w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.[9)]);”,

[9)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1515, 1532, 1544, 1552, 1669 i 1925.

b) pkt 14 otrzymuje brzmienie:

„14) świadczenie opieki zdrowotnej – świadczenie opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 5 pkt 34 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;”;

2) w art. 7b dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. W celu umożliwienia dostępu przedstawiciela ustawowego do IKP usługobiorcy będącego osobą małoletnią minister właściwy do spraw rodziny jest obowiązany przekazywać jednostce podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, dane zawarte w rejestrze centralnym, o których mowa w art. 14 ust. 2 pkt 1 lit. a–e, h oraz ib ustawy z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci (Dz. U. z 2018 r. poz. 2134).”;

3) w art. 11 w ust. 4:

a) w pkt 4 lit. b otrzymuje brzmienie:

„b) identyfikator skierowania, o którym mowa w art. 59aa ust. 4 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 i 8 otrzymują brzmienie:

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

8) dane dotyczące realizacji recepty lub zmiany statusu skierowania określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;”;

4) 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.”;

5) uchyla się art. 14;

6) w art. 56 uchyla się ust. 3.

Art. 7. 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. 8. W ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 123, z późn. zm.[10)]) 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, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, niezbędne do kontynuacji leczenia, jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie;

2) zlecenia na wyroby medyczne.”.

[10)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 650, 1000, 1515, 1544, 1629 i 1669.

Art. 9. W ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217 oraz z 2018 r. poz. 1000 i 1544) w art. 10 uchyla się ust. 2 i 6.

Art. 10. 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) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 10 ust. 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2. Do dnia 30 czerwca 2019 r. zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zlecenia naprawy są wystawiane, potwierdzane i realizowane na dotychczasowych zasadach. W okresie od dnia 1 stycznia 2019 r. do dnia 30 czerwca 2019 r. świadczeniodawcy, w porozumieniu z Narodowym Funduszem Zdrowia, mogą wystawiać i realizować zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zlecenia naprawy na zasadach określonych przepisami ustawy zmienianej w art. 6, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

3. Zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zlecenia naprawy, które do dnia 30 czerwca 2019 r. zostały:

1) wystawione,

2) wystawione i potwierdzone

– są odpowiednio potwierdzane i realizowane albo realizowane na dotychczasowych zasadach, jednak nie dłużej niż do dnia 30 czerwca 2020 r., z wyłączeniem zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zleceń naprawy, o których mowa w ust. 2 zdanie drugie.”;

2) w art. 12 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) art. 3 pkt 1, który wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2019 r.”.

Art. 11. 1. Świadczeniodawcy mogą, do dnia 31 grudnia 2019 r., nie prowadzić harmonogramu przyjęć, o którym mowa w art. 19a ust. 1 ustawy zmienianej w art. 4, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej innych niż określone w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1a ustawy zmienianej w art. 4, w brzmieniu dotychczasowym.

2. Od dnia 1 lipca 2019 r. do dnia 31 grudnia 2019 r. świadczeniodawcy przekazują informacje, o których mowa w art. 23 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 4, w brzmieniu dotychczasowym.

Art. 12. Skierowania, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2 ustawy zmienianej w art. 4, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, mogą być wystawiane w postaci papierowej do dnia 31 grudnia 2020 r.

Art. 13. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem:

1) art. 1, art. 2 i art. 10, które wchodzą w życie z dniem 31 grudnia 2018 r.;
2) art. 4 pkt 1, pkt 3 lit. d–g oraz k, pkt 7, 9 i 10, art. 6 pkt 1 i 3–6, art. 9 oraz art. 12, które wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r.;
3) art. 4 pkt 2, pkt 3 lit. b, c oraz h, pkt 4, 6, 8, 11 i 12 oraz art. 11, które wchodzą w życie z dniem 1 lipca 2019 r.;
4) art. 4 pkt 3 lit. a i pkt 5, które wchodzą w życie z dniem 1 stycznia 2020 r.