

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 2022 r.

**zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu
podstawowej opieki zdrowotnej**

Na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 540 oraz z 2022 r. poz. 834, 1293 i 1355) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w § 2 w pkt 6 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 7 w brzmieniu:
„7) opiekę koordynowaną.”;
- 2) w § 3 w ust. 1 w pkt 5 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 6 w brzmieniu:
„6) § 2 pkt 7, oraz warunki ich realizacji są określone w załączniku nr 6 do rozporządzenia.”;
- 3) w § 4 ust. 1 otrzymuje brzmienie:
„1. W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie:
 - 1) badania diagnostyczne, określone w części IV i IVa załącznika nr 1 oraz w załączniku nr 6 do rozporządzenia;
 - 2) leki i wyroby medyczne oraz środki pomocnicze;
 - 3) konsultacje: lekarza specjalisty, dietetyczne oraz porady edukacyjne, w przypadku świadczeń, o których mowa w art. 2 pkt 7.”;
- 4) w załączniku nr 1:

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 932).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2021 r. poz. 1292, 1559, 1773, 1834, 1981, 2105, 2120, 2232, 2270, 2427 i 2469 oraz z 2022 r. poz. 64, 91, 526, 583, 655, 807, 974, 1002, 1079, 1265 i 1352.

a) w części IV:

– uchyla się ust. 10,

– po ust. 12 dodaje się ust. 13 w brzmieniu:

„13. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może wystawiać skierowanie na badanie tomografii komputerowej płuc po stwierdzeniu nieprawidłowości w badaniu radiologicznym klatki piersiowej przy wskazaniach do pogłębienia diagnostyki.”,

b) w część V w ust. 1 pkt 1.1 otrzymuje brzmienie:

„1.1 Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej to lekarz, o którym mowa w art. 6 ust. 1-3 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1050 oraz z 2022 r. poz. 655).”;

5) dodaje się załącznik nr 6 do rozporządzenia w brzmieniu określonym w załączniku do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 października 2022 r.

MINISTER ZDROWIA

ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM, LEGISLACYJNYM I REDAKCYJNYM

Anna Skowrońska-Kotra

Zastępca Dyrektora

Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

**Załącznik do rozporządzenia
Ministra Zdrowia z dnia.....
(Dz. U. poz....)
Załącznik nr 6**

**WYKAZ ŚWIADCZEŃ OPIEKI KOORDYNOWANEJ ORAZ WARUNKI ICH
REALIZACJI**

1. Na opiekę koordynowaną, finansowaną ze środków, o których mowa w art. 159 ust. 2b pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych składa się:
 - 1) porada kompleksowa;
 - 2) badania diagnostyczne;
 - 3) konsultacje specjalistyczne: pacjent – lekarz oraz lekarz POZ – lekarz specjalista
(w tym przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności);
 - 4) porady edukacyjne;
 - 5) konsultacje dietetyczne.
2. Porada kompleksowa obejmuje:
 - 1) pogłębiony wywiad;
 - 2) badanie przedmiotowe;
 - 3) analizę wyników badań i stosowanego leczenia;
 - 4) zalecenie niezbędnych konsultacji specjalistycznych oraz badań diagnostycznych;
 - 5) opracowanie „Indywidualnego Planu Opieki Medycznej” zawierającego zalecenia:
 - a) wizyt kontrolnych,
 - b) porad edukacyjnych udzielanych przez pielęgniarki *,
 - c) badań kontrolnych,
 - d) konsultacji dietetycznych **.
3. Badania diagnostyczne
 1. badania biochemiczne i immunochemiczne:
 - „1) BNP (NT-pro-BNP);
 - 2) albuminuria (stężenie albumin w moczu);
 - 3) UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu);

- 4) antyTPO (przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej);
- 5) antyTSHR (przeciwciała przeciw receptorom TSH);
- 6) antyTG (przeciwciała przeciw tyreoglobulinie).”,

2. badania elektrofizjologiczne:

- 1) EKG wysiłkowe (próba wysiłkowa EKG);
- 2) Holter EKG 24, 48 i 72 godz. (24-48-72-godzinna rejestracja EKG);
- 3) Holter RR (24-godzinna rejestracja ciśnienia tętniczego).

3. badania ultrasonograficzne:

- 1) USG Doppler tętnic szyjnych;
- 2) USG Doppler naczyń kończyn dolnych;
- 3) ECHO serca przezklatkowe.

4. diagnostyka czynnościowa:

- 1) spirometria;
- 2) spirometria z próbą rozkurczową.

5. diagnostyka inwazyjna: – biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy (u dorosłych).”,

4. Realizacja świadczeń opieki koordynowanej związanej z leczeniem cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, przewlekłej choroby niedokrwiennej serca oraz migotania przedsionków obejmuje świadczenia:

- 1) konsultacje lekarza specjalisty diabetologii lub endokrynologii w dostępie ***;
- 2) konsultacje lekarza specjalisty kardiologii w dostępie oraz
- 3) zapewnienie realizacji badań:
 - a) EKG wysiłkowe (próba wysiłkowa EKG),
 - b) Holter EKG 24, 48 i 72 godz. (24-48-72-godzinna rejestracja EKG),
 - c) Holter RR (24-godzinna rejestracja ciśnienia tętniczego),
 - d) USG Doppler tętnic szyjnych,
 - e) USG Doppler naczyń kończyn dolnych,
 - f) ECHO serca przezklatkowe,
 - g) BNP (NT-pro-BNP),
 - h) albuminuria (stężenie albumin w moczu),
 - i) UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu).

5. Realizacja świadczeń opieki koordynowanej związanej z leczeniem astmy oskrzelowej i przewlekłej choroby obturacyjnej płuc obejmuje świadczenia:

- 1) konsultacje lekarza specjalisty chorób płuc w dostępie lub
 - 2) konsultacje lekarza specjalisty alergologii w dostępie oraz
 - 3) zapewnienie realizacji badań:
 - a) spirometria,
 - b) spirometria z próbą rozkurczową.
6. Realizacja świadczeń opieki koordynowanej związanej z leczeniem niedoczynności tarczycy oraz diagnostyką guzków pojedynczych i mnogich tarczycy obejmuje świadczenia:
- 1) konsultacje lekarza specjalisty endokrynologii w dostępie oraz;
 - 2) zapewnienie realizacji badań:
 - a) biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy (u dorosłych),
 - b) antyTPO (przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej),
 - c) antyTSHR (przeciwciała przeciw receptorom TSH),
 - d) antyTG (przeciwciała przeciw tyreoglobulinie).

* Porada edukacyjna w opiece koordynowanej ma na celu poszerzenie wiedzy pacjenta o chorobie i sposobach radzenia sobie z nią.

** Konsultacja dietetyczna – wynikająca z Indywidualnego Planu Opieki Medycznej ma na celu opracowanie indywidualnych zaleceń żywieniowych na podstawie analizy dietetycznej, wskazaniu popełnianych błędów i nauce ich eliminowania, a także opracowanie planu interwencji dietetycznej i jego kontroli; realizowana przez dietetyka o którym mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 20.lipca 2011 w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. poz. 896 oraz z 2021 r. poz. 2359).

*** dostęp - zapewnienie realizacji świadczeń gwarantowanych w innym miejscu udzielania świadczeń lub lokalizacji niż ta, w której świadczenia te są udzielane

Uzasadnienie

Projekt rozporządzenia zmienia rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 540, z późn. zm.). Stanowi to wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.).

Proponowane w projekcie rozporządzenia świadczenia są elementami wdrożenia w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) opieki koordynowanej, zgodnie z art. 4 i art. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1050 oraz z 2022 r. poz. 655).

W oparciu o wyniki pilotażu opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) Etap II Faza pilotażowa – model POZ PLUS” realizowanego w okresie od 1 lipca 2018 r. do 30 września 2021 r. wytypowano choroby, które należy objąć opieką koordynowaną w ramach POZ. Należą do nich: nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, niewydolność serca, migotanie przedsionków, cukrzyca, astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP), niedoczynność tarczycy i guzki tarczycy. Powyższe choroby są najczęstszymi chorobami przewlekłymi, które lekarze POZ diagnozują w trakcie udzielania świadczeń, jednakże czynnikiem utrudniającym postawienie pełnej diagnozy oraz udzielanie kompleksowych świadczeń zdrowotnych jest m.in. brak dostępności do badań diagnostycznych. W konsekwencji powodowało to konieczność kierowania pacjentów do lekarzy specjalistów udzielających świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) w celu zdiagnozowania problemu zdrowotnego i ustalenia dalszej terapii.

Wprowadzenie świadczeń opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej oraz finansowanie tych świadczeń środkami z budżetu powierzonego ma na celu umożliwienie dostępu do:

- badań diagnostycznych z zakresu kardiologii, diabetologii, chorób płuc, alergologii oraz endokrynologii i pozwoli na skuteczne wykrywanie i diagnozowanie najczęstszych chorób przewlekłych,

- konsultacji specjalistycznych: kardiologa, diabetologa, chorób płuc, alergologa, endokrynologa i ułatwi prowadzenie opieki kompleksowej nad pacjentem w ramach POZ, bez konieczności kierowania go do AOS,
- wizyt kompleksowych wraz z opracowaniem Indywidualnego Planu Opieki Medycznej, co poprawi opiekę nad pacjentami chorymi przewlekle oraz przyczyni się do wdrożenia standardów opieki w przypadku chorób przewlekłych objętych opieką koordynowaną,
- porad edukacyjnych prowadzonych przez pielęgniarki POZ, co przyczyni się do poprawy jakości opieki nad pacjentami chorymi przewlekle, jak również poprawi kompleksowość opieki,
- porad dietetycznych realizowanych przez dietetyków będzie ważnym wsparciem dla pacjentów m.in. z cukrzycą i chorobami na tle miażdżycy.

W rezultacie wprowadzanych zmian lekarze POZ uzyskają sposobność szybszego postawienia diagnozy oraz ustalenia terapii dzięki możliwości:

- zlecenia większej liczby badań diagnostycznych,
- odbywania konsultacji z lekarzami specjalistami (pacjent – lekarz oraz lekarz POZ – lekarz specjalista).

Natomiast pacjenci zyskają:

- możliwość szybszego ustalenia diagnozy oraz określenia planu leczenia,
- dostęp do kompleksowych świadczeń opieki zdrowotnej,
- podniesienia kompetencji w zarządzaniu chorobą, w tym nauczenia się zachowań sprzyjających zdrowiu.

Proponowane badania diagnostyczne pozwalają również wykorzystać szerokie kompetencje lekarzy rodzinnych, zdobywane podczas szkolenia specjalizacyjnego, a także umożliwiają poszerzenie diagnostyki pacjenta w POZ.

Przewiduje się, że rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 1 października 2022 r. Termin wejścia w życie przepisów rozporządzenia określono z uwzględnieniem konieczności ustalenia wartości umów dla podmiotów udzielających świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej na kolejny okres sprawozdawczy.

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Projekt nie podlega obowiązkowi przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Przedmiotowy projekt będzie miał pozytywny wpływ na działalność mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw, które działają w obszarze podstawowej opieki zdrowotnej. Przedsiębiorcy realizujący świadczenia gwarantowane z zakresu POZ będą mieli większą elastyczność w udzielaniu świadczeń z zakresu chorób przewlekłych.

Projekt nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597) i w związku z tym nie podlega procedurze notyfikacji.

Jednocześnie należy wskazać, że ze względu na treść upoważnienia ustawowego zawartego w art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych brak jest możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do wydania rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.