

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 2010 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego

Na podstawie art. 31 d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140, poz. 1143 i Nr 211, poz. 1639) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 2:

a) pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) hospitalizacja - całodobowe udzielanie świadczeń gwarantowanych w trybie planowym albo nagłym, obejmujące proces diagnostyczno-terapeutyczny oraz proces pielęgnowania i rehabilitacji od chwili przyjęcia świadczeniobiorcy do chwili jego wypisu lub zgonu;”

b) pkt 6 i 7 otrzymują brzmienie:

„6) lekarz w trakcie specjalizacji – lekarza, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji, a w przypadku specjalizacji w dziedzinie okulistyki lub dermatologii i wenerologii – co najmniej trzeci rok specjalizacji oraz w przypadku specjalizacji w dziedzinie hematologii, chirurgii naczyniowej, alergologii, gastroenterologii i toksykologii – lekarza, który rozpoczął specjalizację w szczególowej dziedzinie medycyny, pod warunkiem posiadania tytułu specjalisty w podstawowej dziedzinie medycyny;

„7) lokalizacja – budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo stanowiących zwarty kompleks, w którym zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń gwarantowanych;”

c) dodaje się pkt 9 i 10 w brzmieniu:

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374 oraz z 2010 r. Nr 50, poz. 301.

„9) pielęgniarka specjalista – pielęgniarka, która ukończyła specjalizację w danej dziedzinie pielęgniarstwa;

10) pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym – pielęgniarka, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w danej dziedzinie pielęgniarstwa.”;

2) § 4 otrzymuje brzmienie:

„§ 4.

Świadczeniodawca udzielający świadczeń w ramach hospitalizacji zapewnia całodobową opiekę lekarską oraz pielęgniarскую lub położnych we wszystkie dni tygodnia, przy uwzględnieniu minimalnej liczby pielęgniarek lub położnych ustalonej zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 10 ust. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 t.j. z późn. zm.), z tym że sprawowanie opieki w oddziale szpitalnym przez jedną pielęgniarkę lub położną obejmuje nie więcej niż 20 pacjentów w ciągu jednej zmiany.”;

3) załącznik nr 3 otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego rozporządzenia;

4) załącznik nr 4 otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego rozporządzenia.

§ 2.

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

Uzasadnienie

Przedmiotowe rozporządzenie zmienia rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140, poz. 1143 i Nr 211, poz. 1639), realizujące delegację ustawową zawartą w art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

Intencją wprowadzanych zmian było:

- 1) wyeliminowanie niejasności niektórych przepisów i uniknięcie sytuacji dopuszczających możliwość rozbieżnych interpretacji;
- 2) zwiększenie dostępności do świadczeń gwarantowanych poprzez umożliwienie świadczeniodawcom realizacji świadczeń bez zbędnych kosztów i podejmowania zbytecznych działań, przy jednoczesnym utrzymaniu jakości świadczeń i poprawie jakości życia;
- 3) zwiększenie skuteczności klinicznej przy zachowaniu bezpieczeństwa dla świadczeniobiorców.

Na konieczność wprowadzenia proponowanych rozwiązań zwracali uwagę świadczeniodawcy oraz konsultanci krajowi.

Zmiany w § 2 rozporządzenia:

- rozszerzają pojęcie hospitalizacji o proces pielęgnowania i rehabilitacji,
- mają na celu objęcie pojęciem lekarza w trakcie specjalizacji także lekarzy rozpoczynających szkolenie w niektórych szczegółowych dziedzinach mających już specjalizację w dziedzinie podstawowej,
- umożliwiają włączenie w pojęcie lokalizacji sytuacji różnych adresów jednego kompleksu budynków szpitala.

Uzupełniono też § 2 o pojęcia pielęgniarzki specjalisty i pielęgniarzki po kursie kwalifikacyjnym.

W projekcie doprecyzowano także dostępność obsady pielęgniarzkiej i położnych w zapewnieniu opieki całodobowej.

W załączniku nr 3 do rozporządzenia, określającym warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, dodano w części I lit. A ust. 4 pkt 4 o dostępie do środka transportu oraz wprowadzono przepisy (ust. 6-10) charakteryzujące

pojęcie „łóżka (stanowiska) intensywnej opieki medycznej”. Mają one na celu zwiększenie skuteczności klinicznej i bezpieczeństwa. Zmieniono przepis ustalający wymagania kadrowe przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w ramach leczenia jednego dnia tak, aby możliwe było elastyczne dostosowanie wymiaru czasu wykonywania zawodu określonego w harmonogramie pracy do czasu udzielania świadczeń przez lekarzy.

W warunkach szczegółowych, jakie powinni spełniać świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w poszczególnych dziedzinach medycyny usunięto wymaganie dotyczące liczby lekarzy wykonujących zawód w poszczególnych dziedzinach medycyny, z pozostawieniem wymagań dotyczących lekarzy specjalistów. Dotychczasowy przepis ustanawiał zbędny wymóg normy zatrudnienia. Przyjęte rozwiązanie nie wyklucza wykonywania zawodu i realizacji świadczeń w oddziałach szpitalnych przez lekarzy innych niż specjaliści w danej dziedzinie medycyny. W specjalnościach zabiegowych dla dzieci dodano wymóg zapewnienia konsultacji przez odpowiednich lekarzy specjalistów chorób dzieci. Zmieniono w dużej części warunki realizacji świadczeń dla hospitalizacji w hematologii (m.in. dodano diagnostę laboratoryjnego, mikroskop hematologiczny, łóżka leczenia dziennego, reżim sanitarny, dostęp do badań), kardiologii i neurologii, przy czym w dwu ostatnich dopuszczono możliwość wariantowych rozwiązań organizacyjnych. Rozdzielono też warunki dla dorosłych i dla dzieci w kardiologii. W kardiologii/kardiochirurgii dla dzieci wyłączono warunek zapewnienia przeprowadzenia leczenia wewnątrznaczyniowego aorty piersiowej w przypadku dzieci. W chirurgii naczyniowej, kardiologii i neurochirurgii zmieniono określenie: „zapewnienie kontynuacji leczenia wewnątrznaczyniowego” na „zapewnienie przeprowadzenia leczenia wewnątrznaczyniowego”. W dziedzinie neurochirurgii rozszerzono wymagania o zapewnienie realizacji badań rezonansu magnetycznego w lokalizacji, uznając argument, że obecnie nie można uprawiać neurochirurgii bez badania rezonansu magnetycznego. W okulistyce rozszerzono warianty sprzętu do oceny siatkówki i tarczy nerwu wzrokowego. W transplantologii rozdzielono wymagania dla przeszczepiania narządów i komórek krwiotwórczych. Potrzeba takiego rozwiązania wynika stąd, że ośrodki przeszczepiania szpiku mieszczą się przy klinikach hematologii, onkologii i hematologii dziecięcej, onkologii klinicznej albo są samodzielne. Nigdy natomiast nie są bezpośrednio powiązane z ośrodkami transplantologii narządowej. W SOR i izbie przyjęć dodano warunki kwalifikacji i dostępności pielęgniarek w celu podwyższenia jakości i zwiększenia bezpieczeństwa udzielanych świadczeń.

W załączniku nr 4 do rozporządzenia, zawierającym wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, które są udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków ich realizacji, oraz dodatkowe warunki realizacji tych świadczeń, w świadczeniach związanych z neurostymulatorem mózgu (lp. 1) dodano przepis o czynnościach pielęgniarki. Zmieniono układ i treść wymagań w leczeniu udarów (lp. 2) i zabiegach kardiologii interwencyjnej (lp. 7) oraz w zabiegach endowaskularnych w chorobach naczyń mózgowych (lp. 11), dostosowując warunki do istniejących rozwiązań organizacyjnych w oddziałach macierzystych, o których mowa powyżej w przypadku kardiologii i neurologii (wydzielone stanowiska intensywnego nadzoru albo część oddziału albo wyodrębniona komórka organizacyjna, możliwość elastycznego dysponowania sprzętem, poza niezbędnym dla natychmiastowego wykorzystania, w kardiologii praca całodobowa albo zgodna z harmonogramem miesięcznym, obecność pielęgniarki lub możliwość obserwowania parametrów życiowych). W zabiegach endowaskularnych w neurochirurgii dopuszczono możliwość wykonania zabiegu w czasie 48 godzin przez profesjonalistów o odpowiednich kwalifikacjach rezygnując z ich zatrudniania w zespole neurochirurgii oraz w wyposażeniu pozostawiono jedynie angiograf jako istotny dla wykonania świadczenia i zrezygnowano z warunku zapewnienia badań ze względu na identyczny warunek w oddziale wykonującym świadczenie. Jednocześnie zmieniono nazwę świadczenia (zabiegi endowaskularne w chorobach naczyń mózgowych) dopuszczając interwencje w chorobach naczyń mózgowych innych niż krwotoczne. W świadczeniach przezskórnego wprowadzenia stentu (lp. 13) usunięto zapewnienie flebografii jako niezasadne. W dializie wątrobowej (lp. 16) usunięto określenie „hemodializa” jako błędne. W oksygenacji hiperbarycznej (lp. 17) ustalono wskazania pozytywne (leczenie zatruc tlenkiem węgla) i usunięto niektóre wymagania jako bezzasadne (spirometr, zapewnienie badań audiologicznych, łóżka intensywnej opieki medycznej wobec warunków formalnych oddziału intensywnej terapii). W świadczeniach teleradioterapii radykalnej (lp. 18) zmieniono niektóre wymagania dotyczące sprzętu: sieciowy dostęp do NMR, dotychczasowe punkty 7 i 8 połączono wyłączając teleradioterapię śródoperacyjną. W lp. 4 i 23 zmieniono błędne nazwy świadczeń przeszczepienia (zamiast przeszczep). Świadczenie ostrej hemodializy, ze względu na brak zasadności tworzenia warunków realizacji, pozostawiono jedynie w wykazie świadczeń scharakteryzowanych procedurami medycznymi w załączniku nr 1 (39.951 Hemodializa). Dla świadczeń związanych z chirurgicznym leczeniem nowotworów złośliwych (mięsaki, rak trzustki i rak przełyku) oraz leczeniem oparzeń ekstremalnych z wieloma przeszczepami skóry, wymienionych w wykazie świadczeń scharakteryzowanych rozpoznaniem w załączniku nr 1

(bloki rozpoznań C40, C41, C48, C49 oraz T20-T35) wskazano warunki referencyjne uznając argument potrzeby zapewnienia jakości świadczeń i gwarancji bezpieczeństwa. W przypadku onkologii dodatkowo zobowiązano świadczeniodawców do monitorowania i prezentowania wskaźników jakości.

Dla świadczeń gwarantowanych, w przypadku których zmieniono warunki ich realizacji, zlecono Prezesowi Agencji Oceny Technologii Medycznych przygotowanie rekomendacji.

Ponadto w tekście poprawiono oczywiste pomyłki techniczne.

Zmiany dokonane w rozporządzeniu nie powodują skutków finansowych.

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze notyfikacji 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. Nr 239, poz. 2039 oraz 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Zgodnie z art. 5 ustawy z 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337), projekt rozporządzenia zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej.

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Regulacja oddziałuje na ministra właściwego do spraw zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Agencję Oceny Technologii Medycznych, świadczeniodawców realizujących świadczenia lub ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego oraz świadczeniobiorców.

2. Konsultacje społeczne

W ramach szerokich konsultacji społecznych projekt zostanie przesłany do zaopiniowania organizacjom zrzeszającym świadczeniobiorców i świadczeniodawców, w tym do następujących podmiotów: Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych, Konfederacji Pracodawców Polskich, Związku Pracodawców Służby Zdrowia, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Aptekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, Krajowej Rady Transplantacyjnej, związków zawodowych i innych organizacji działających w ochronie zdrowia.

W ramach konsultacji społecznych projekt zostanie również umieszczony na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

Wynik konsultacji zostanie omówiony w niniejszej ocenie po ich zakończeniu.

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Projektowane regulacje nie będą miały wpływu na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego, gdyż świadczenia gwarantowane objęte przedmiotowym projektem nie są finansowane z budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Zaproponowane rozwiązania nie spowodują dodatkowych skutków finansowych dla sektora finansów publicznych.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia nie będą miały wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Projektowane regulacje nie będą miały wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia nie będą miały wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wpływ regulacji na zdrowie ludzi

Projektowane rozporządzenie przyjmuje rozwiązania, które mogą przyczynić się do podwyższenia jakości świadczeń i zwiększenia ich bezpieczeństwa wpływając pozytywnie na zdrowie ludzi.

8. Ocena zgodności regulacji z prawem Unii Europejskiej

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.