|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RODZAJ AKTU | TYTUŁ | CZEGO DOTYCZY | ETAP PRAC | LINK |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2023 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych | Projektowane rozporządzenie stanowi wykonanie wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 9 maja 2023 r. sygn. akt SK 81/19 w zakresie określenia terminów wymagalności obowiązkowych szczepień ochronnych oraz liczby dawek poszczególnych obowiązkowych szczepień ochronnych, które to zakres spraw zgodnie z wyrokiem TK powinien być określane w drodze rozporządzenia wydawanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia jako aktu prawa powszechnie obowiązującego. Dotychczas liczba dawek i terminy wykonywania szczepień były określone w Programie Szczepień Ochronnych na dany rok, ogłaszanym przez Głównego Inspektora Sanitarnego w formie komunikatu.  Projektowane rozporządzenie określa liczbę dawek i terminy ich podawania uwzględniając wiek osoby szczepionej. Obowiązek szczepienia staje się wymagalny z momentem pierwszego dnia opóźnienia względem końcowego terminu wykonania danego szczepienia, który został określony w projektowanym rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Upływ terminu wskazanego na wykonania szczepienia skutkuje możliwością wszczęcia postępowanie egzekucyjnego przez uprawniony organ administracji publicznej, o ile upływ tego terminu nie wynika ze stwierdzenia przez lekarza przemijających lub trwałych przeciwskazań do wykonania szczepienia. | Wejście w życie 1 października 2023 r. | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000207701.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 września 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru | Konieczność dostosowania zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, wynikająca z umożliwienia (w wyniku zmiany ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej) diagnostom laboratoryjnym wykonywania działalności leczniczej w ramach praktyki zawodowej.  Dodanie w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą odpowiednich rubryk i pól – ze wskazaniem zakresu danych – które będą uzupełniane w zakresie dotyczącym diagnostów laboratoryjnych. Obejmują one dane identyfikujące diagnostę wykonującego działalność leczniczą w ramach praktyki zawodowej (indywidualnej albo grupowej), w szczególności firmę, rodzaj praktyki, Numer Identyfikacji Podatkowej oraz rodzaj i zakres wykonywanej przez niego działalności, a także dane teleadresowe.  Ponadto mając na celu ujednolicenie i zapewnienie spójności przepisów dotyczących diagnostów laboratoryjnych oraz w związku z prowadzonymi aktualnie pracami w zakresie poprawy jakości danych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, do rozporządzenia wprowadzono zmiany redakcyjne i uzupełniające w niektórych przepisach dotyczących pozostałych zawodów medycznych, które mogą być wykonywane w formie praktyki zawodowej, tj. lekarzy, pielęgniarek i fizjoterapeutów, a także podmiotów leczniczych.  Ponadto wprowadzono zmiany w ramach prowadzonego obecnie programu poprawy jakości danych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą (w związku z planowanym przeniesieniem ww. rejestru z platformy P1 na platformę P2). Jedna z nich dotyczy adresu do korespondencji, który będzie gromadzony w systemie teleinformatycznym jedynie w przypadku wspólników spółki cywilnej, z uwagi na specyfikę spółki cywilnej, która będąc jednym podmiotem wykonującym działalność leczniczą nie jest jednym przedsiębiorcą (jak inne spółki); przedsiębiorcami są wspólnicy spółki. Z uwagi na powyższe adres do korespondencji powinien być gromadzony jedynie w przypadku wspólników spółki cywilnej – w odniesieniu do wszystkich grupowych praktyk zawodowych prowadzonych w tej formie, tj. lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów i diagnostów laboratoryjnych. Dodano także, w przepisach dot. części I wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie grupowej praktyki zawodowej w formie spółki, informację dotyczącą Numeru Identyfikacji Podatkowej (NIP) spółki. Zaproponowana zmiana będzie odnosiła się do wszystkich grupowych praktyk zawodowych. | Wejście w życie 10 listopada 2023 r. | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000206201.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2023 r. w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych oraz Międzynarodowej Książeczki Szczepień | Określenie wykazu zalecanych szczepień ochronnych i wzoru Międzynarodowej Książeczki Szczepień służącej międzynarodowej uznawalności wystawianych w Rzeczypospolitej Polskiej dokumentów potwierdzających wykonanie szczepień przeciw chorobom zakaźnym (głównie żółtej gorączce), których udokumentowanie jest niezbędne przy wjeździe do niektórych państw leżących w strefie tropikalnej.  Rozporządzenie określa wykaz zalecanych szczepień ochronnych i wzór Międzynarodowej Książeczki Szczepień oraz inne wymogi związane z wzajemną uznawalnością wpisanych do niej szczepień na podstawie Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (2005), które zostały przyjęte przez 58 Światowe Zgromadzenie Zdrowia w dniu 23 maja 2005 r., a następnie weszły w życie 15 czerwca 2007 r. Osoba, która przeprowadziła szczepienie ochronne dokonuje wpisu do Międzynarodowej Książeczki Szczepień, podając rodzaj wykonanego szczepienia oraz opatruje wpis własnoręcznym podpisem, datą oraz oznaczeniem podmiotu wykonującego działalność leczniczą, który udzielił świadczenia zdrowotnego, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2023 r. poz. 1545, z późn. zm.). | Wejście w życie 1 października 2023 r. | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000205601.pdf> |
| Ustawa | Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych | uregulowania warunków i zasad wykonywania zawodów medycznych, które dotychczas nie były objęte regulacjami ustawowymi, ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień dotyczących doskonalenia zawodowego osób wykonujących zawód medyczny oraz odpowiedzialności zawodowej tych osób | Wejście w życie 25 marca 2024 r. | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000197201.pdf> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 140/2023/DSOZ  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 27 września 2023 r.  w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy  jakości żywienia w szpitalach – "Dobry posiłek w szpitalach" | Niniejsze zarządzenie w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach – "Dobry posiłek w szpitalu" jest wydawany na podstawie art. 48e ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).  Celem programu pilotażowego jest zwiększenie dostępności porad żywieniowych w szpitalach oraz wdrożenie optymalnego modelu żywienia świadczeniobiorców w szpitalach.  Wprowadzenie programu pilotażowego wynika szczególnego znacznenia właściwego żywienia dla świadczeniobiorcy przebywającego w warunkach szpitalnych. Odpowiednie żywienie świadczeniobiorców w szpitalu stanowi integralną część całego procesu leczenia, a właściwa ocena stanu odżywienia i wdrażanie odpowiedniego sposobu żywienia jest istotnym elementem zwiększenia szans chorych na wyzdrowienie, poprawę skuteczności zarówno leczenia zachowawczego, jak i chirurgicznego oraz zmniejszenie ryzyka powikłań i skrócenie czasu gojenia się ran pooperacyjnych. Dobrze odżywiony świadczeniobiorca szybciej powraca do zdrowia i tym samym może krócej przebywać w szpitalu, co korzystnie wpływa na jego ogólny stan zdrowia fizycznego i psychicznego, a także obniża całkowity koszt leczenia. Niedożywienie albo niewłaściwie dobrana dieta może negatywnie wpływać na przebieg choroby i rekonwalescencję, wydłużać pobyt chorego w szpitalu, a w konsekwencji zwiększać koszty jego leczenia.  Zarządzenie ma na celu, w oparciu o przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia  z dnia 26 września 2023 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach – "Dobry posiłek w szpitalu" (Dz. U. poz. 2021), określenie wzoru wniosku o zawarcie umowy o realizację programu pilotażowego, wzoru umowy o realizację świadczenia opieki zdrowotnej, o którym mowa § 6 rozporządzenia, zasad koniecznych do sprawozdania i rozliczania świadczeń.  Na podstawie niniejszej regulacji dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia podejmie działania zmierzające do zawarcia umów o realizację świadczeń w ramach programu pilotażowego.  Łączna kwota przeznaczona na program pilotażowy w ujęciu rocznym przy założeniu, że weszłyby do niego wszystkie szpitale może sięgnąć kilkuset milionów złotych do około 1,2 mld złotych.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 28 września 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/2020/Zarzadzenie-140_2023_DSOZ> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniający rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania | Projekt rozporządzenia ma na celu dostosowanie dokumentacji medycznej do sytuacji związanych z możliwością skierowania pacjenta niebędącego w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego ze szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR) do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), bez konieczności oczekiwania do lekarza dyżurnego SOR.  Obecnie dyspozytornie medyczne prowadzą dokumentację zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2022 r. poz. 1304 i 1990 oraz z 2023 r. poz. 1486), w którym ujęta została karta zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego. Ze względu na przejście dyspozytorni medycznych dysponujących zespoły naziemne, w struktury urzędów wojewódzkich, co nastąpiło z dniem 1 stycznia 2022 r., karta zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego nie powinna podlegać regulacjom rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. Natomiast karta zlecenia wylotu zespołu ratownictwa medycznego wystawiana przez dyspozytornię medyczną znajdującą się w strukturach podmiotu leczniczego, jakim jest Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, pozostaje dokumentacją medyczną. W przypadku odmowy przyjęcia pacjenta przetransportowanego przez zespół ratownictwa medycznego, w tym przez zespół lotniczy do szpitala, istotnym jest odnotowanie tej decyzji w dokumentacji medycznej, co ma miejsce już obecnie, jednak nie jest wprost ujęte w przepisach prawa.  Dodatkowo uregulowania wymaga kwestia prowadzenia dokumentacji medycznej przez dysponentów zespołów ratownictwa medycznego, w przypadku awarii systemu, o którym mowa w art. 24e ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2023 r. poz. 1541 i 1560).  W odniesieniu do kwestii związanej ze skierowaniem pacjentów z SOR do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach POZ, bez konieczności oczekiwania do lekarza SOR, nadaje się karcie segregacji medycznej status indywidualnej dokumentacji medycznej zarówno wewnętrznej, jak i zewnętrznej. W sytuacji skierowania przez triażystę osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do miejsc udzielania świadczeń w ramach POZ, dokumentem kończącym pobyt pacjenta w oddziale i wystawianym pacjentowi będzie karta segregacji medycznej podpisana przez triażystę. Natomiast w sytuacji, w której pacjent po przeprowadzonej segregacji medycznej pozostaje w oddziale oczekując na kontakt z lekarzem SOR i dalsze udzielanie świadczeń zdrowotnych w tym oddziale, karta segregacji medycznej będzie stanowiła załącznik do historii choroby tego pacjenta.  Jednocześnie w odniesieniu do pacjenta, który w wyniku przeprowadzonej segregacji medycznej w SOR został przekierowany przez triażystę do miejsc udzielania świadczeń w ramach POZ, wykaz chorych oddziału będzie miał ograniczony zakres. Konieczne jest natomiast odnotowanie w nim informacji o przekierowaniu i wskazanie osoby kierującej do podstawowej opieki zdrowotnej.  Ponadto do karty medycznych czynności ratunkowych i karty medycznej lotniczego zespołu ratownictwa medycznego - jako dokumentacji indywidualnej pacjenta - dodano adnotację związaną z odmową przyjęcia pacjenta przetransportowanego przez zespół ratownictwa medycznego do szpitala, wraz ze wskazaniem i podpisem osoby upoważnionej przez podmiot leczniczy do wydania takiej decyzji. Informacja w tym zakresie będzie odnotowywana w karcie zlecenia wyjazdu i karcie zlecenia wylotu zespołu ratownictwa medycznego.  Usunięto z rozporządzenia regulacje odnoszące się do karty zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego, zaś w zakresie zawartości karty zlecenia wylotu zespołu ratownictwa medycznego odwołano się do zmienianego rozporządzenia.  W projektowanym rozporządzeniu uregulowano sposób prowadzenia dokumentacji medycznej zwalniając osoby wydające wydruk dokumentacji medycznej powstałej w systemie, o którym mowa w art. 24e ust. 2 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, pacjentowi lub podmiotom do niej uprawnionym z dodatkowych czynności związanych z podpisywaniem każdej z jej stron z uwagi na wcześniejsze uwierzytelnienie w systemie wszelkich danych osoby do tego uprawnionej. Dodatkowo uregulowano postępowanie w sytuacji awarii systemu teleinformatycznego, w którym dysponent zespołów ratownictwa medycznego sporządza dokumentację medyczną. W takim przypadku dokumentacja jest sporządzana w postaci papierowej, a po ustąpieniu awarii dokumentację odtwarza się niezwłocznie w tym systemie. Rozwiązanie takie jest niezbędne do wprowadzenia z uwagi na konieczność zachowania spójności danych przetwarzanych w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 3 pkt 15 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12377302/13008338/13008339/dokument641602.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego | Uchwałą nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 (M.P. poz. 189, z późn. zm.) został ustanowiony program wieloletni pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030. Program ten przewiduje m.in. realizację działania  1. Dostosowanie struktury kadry medycznej do lepszego zaspokajania potrzeb pacjentów w obszarze onkologii przez zwiększenie zasobów kadrowych oraz jakości kształcenia. Realizacja tego działania ma polegać na dokonaniu przeglądu i nowelizacji standardów kształcenia na studiach na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym „w sposób gwarantujący zdobycie umiejętności związanych z profilaktyką onkologiczną i wczesnym wykrywaniem nowotworów złośliwych oraz opieką nad osobami w trakcie i po zakończonym leczeniu przeciwnowotworowym”.  W opinii środowiska akademickiego, w tym również studentów, w obowiązujących standardach kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty kładziony jest zbyt duży nacisk na kształcenie obejmujące treści o charakterze teoretycznym i konieczność uzyskania w szerokim zakresie efektów uczenia się  w kategorii wiedzy, w szczególności takich które nie mają odzwierciedlenia w codziennej pracy lekarza i lekarza dentysty. Równocześnie sygnalizowana jest potrzeba rozszerzenia wymagań dotyczących kształcenia obejmującego treści o charakterze praktycznym, w tym umożliwiającego uzyskanie efektów uczenia się w kategorii umiejętności dotyczących profesjonalnego komunikowania się z pacjentem i jego rodziną oraz komunikowania się w zespole.  Z uwagi na badania naukowe i prace rozwojowe prowadzone w dyscyplinie naukowej – nauki medyczne, do której, jako dyscypliny wiodącej, są przyporządkowane kierunki studiów lekarski i lekarsko-dentystyczny, a także osiągnięcia uzyskiwane w wyniku tych badań i prac, w dyscyplinie tej stale dokonuje się postęp. Aktualny stan wiedzy oraz najnowsze osiągnięcia naukowe w dyscyplinie naukowej – nauki medyczne wymaga również uwzględnienia w standardach kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty, gdyż niektóre wymagania dotyczące kształcenia, w szczególności w zakresie efektów uczenia się osiąganych w trakcie studiów, stały się nieaktualne albo konieczne jest dodanie nowych.  W związku z tym występuje konieczność modyfikacji wymagań dotyczących kształcenia na studiach przygotowujących do wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty, w taki sposób, aby kształcenie to w większym stopniu odpowiadało na aktualne potrzeby w zakresie przygotowania absolwentów tych studiów do wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty.  Ponieważ wymagania dotyczące kształcenia na studiach przygotowujących do wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty, w tym w zakresie ogólnych i szczegółowych efektów uczenia się oraz sposobu weryfikacji osiągniętych efektów uczenia się, określa rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz. U. z 2021 r. poz. 755,  z późn. zm.), wprowadzenie zmian w tym zakresie może zostać dokonane w drodze jego nowelizacji.  Niezbędne jest podjęcie działań legislacyjnych polegających na nowelizacji rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego.  Mając na uwadze konieczność realizacji działania dotyczącego kadr medycznych ujętego w programie wieloletnim pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030, w standardzie kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza proponuje się wprowadzenie zmian polegających na aktualizacji dotychczasowych oraz wprowadzeniu dodatkowych efektów uczenia się z zakresu profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych.  Proponuje się również wprowadzenie zmian w zakresie szczegółowych efektów uczenia się dotyczących koncentracji na objawach (szukanie rozwiązania diagnostycznego na podstawie objawów), wprowadzenie zagadnień dotyczących e-usług (e-recepta, e-skierowanie), a także dostosowanie efektów uczenia się do aktualnego stanu wiedzy i najnowszych osiągnięć naukowych w dyscyplinie naukowej – nauki medyczne.  Ponadto proponuje się zmniejszenie wymiaru zajęć w grupach zajęć obejmujących treści kształcenia o charakterze teoretycznym na rzecz zwiększenia wymiaru zajęć w grupach zajęć obejmujących treści kształcenia o charakterze praktycznym oraz rezygnację z realizacji zajęć w formie seminariów na rzecz realizacji zajęć w formie ćwiczeń w ramach praktycznego nauczania klinicznego na VI roku studiów (grupa zajęć H).  Jednocześnie proponuje się rozszerzenie katalogu szczegółowych efektów uczenia się w kategorii umiejętności, w szczególności dotyczących profesjonalnej komunikacji z pacjentem i jego rodziną oraz komunikacji w zespole, a także określenie szczegółowych efektów uczenia się w ramach praktycznego nauczania klinicznego na VI roku studiów (grupa zajęć H). Zakłada się, że zajęcia realizowane w ramach grupy zajęć H będą służyły doskonaleniu w warunkach klinicznych efektów uczenia się uprzednio uzyskanych w gramach zajęć z zakresu nauk klinicznych niezabiegowych i nauk klinicznych zabiegowych (grupy zajęć E i F). Realizacja tych zajęć umożliwi studentom osiągnięcie efektów uczenia się w kategorii umiejętności, przy czym będzie to umiejętność samodzielnego wykonywania określonych czynności i procedur medycznych. Weryfikacja efektów uczenia się osiągniętych w ramach grupy zajęć H będzie przeprowadzana w trybie egzaminu standaryzowanego (Objective Structured Clinical Examination, OSCE).  Analogiczne zmiany proponuje się wprowadzić w standardzie kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza dentysty. Ponadto, w ramach praktycznego nauczania klinicznego na V roku studiów (grupa zajęć H), proponuje się zmniejszenie liczebności grup, w których studenci będą odbywać zajęcia. Proponuje się również wprowadzenie szczegółowych efektów uczenia się odnoszących się do treści kształcenia w zakresie stomatologii cyfrowej oraz rozszerzenie zakresu efektów uczenia się odnoszących się do implantologii.  Zakłada się, że wprowadzenie powyższych zmian umożliwi studentom nabycie wiedzy i umiejętności pożądanych na rynku pracy, w tym w zakresie profilaktyki onkologicznej, wczesnego wykrywania nowotworów złośliwych oraz opieki nad osobami w trakcie i po zakończonym leczeniu onkologicznym, a także profesjonalnej komunikacji lekarza z pacjentem oraz jego rodziną, co przyczyni się do efektywnego udzielania świadczeń zdrowotnych, w sposób dostosowany do potrzeb społeczeństwa, z uwzględnieniem aktualnego stanu wiedzy w dyscyplinie naukowej – nauki  medyczne.  Przewiduje się, że standardy kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty w brzmieniu nadanym projektowanym rozporządzeniem będą miały zastosowanie do kształcenia na studiach na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym począwszy od cyklu kształcenia rozpoczynającego się od roku akademickiego 2023/2024. Zatem rok akademicki 2022/2023 jest ostatnim rokiem, w którym kształcenie przygotowujące do wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentysty rozpoczęło się na dotychczasowych zasadach i będzie na tych zasadach kontynuowane do zakończenia rozpoczętego cyklu kształcenia.  Projektowane rozporządzenie wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//576/12367852/12941588/12941589/dokument597911.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia w sprawie ustawicznego rozwoju zawodowego diagnosty laboratoryjnego | Projekt rozporządzenia stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 65 ust. 7 ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej.  Zgodnie z art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej diagnosta laboratoryjny ma prawo i obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego przez pogłębianie wiedzy i umiejętności zawodowych. Ustawiczny rozwój zawodowy może być realizowany przez doskonalenie zawodowe lub szkolenie specjalizacyjne. Dotychczas diagności laboratoryjni uczestniczyli w szkoleniach ciągłych zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 lipca 2017 r. w sprawie ciągłego szkolenia diagnostów laboratoryjnych (Dz. U. poz. 1519), które obowiązuje do dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.  Projektowane przepisy określają wzór karty doskonalenia zawodowego diagnosty laboratoryjnego oraz liczbę punktów edukacyjnych za poszczególne formy ustawicznego rozwoju zawodowego.  W załączniku nr 1 do rozporządzenia określono wzór karty doskonalenia zawodowego diagnosty laboratoryjnego. Natomiast w załączniku nr 2 określono liczbę punktów edukacyjnych za poszczególne formy ustawicznego rozwoju zawodowego, wraz ze wskazaniem dokumentów, które potwierdzają zrealizowanie danej formy.  Dopełnienie ustawicznego rozwoju zawodowego polega na uzyskaniu w okresie edukacyjnym co najmniej 100 punktów edukacyjnych za udział w poszczególnych formach ustawicznego rozwoju zawodowego. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12377252/13008054/13008055/dokument641465.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania obserwacji oraz sposobu finansowania obserwacji, a także warunków zabezpieczenia zakładów dla osób pozbawionych wolności | Zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 grudnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania obserwacji oraz sposobu finansowania obserwacji, a także warunków zabezpieczenia zakładów dla osób pozbawionych wolności (Dz. U. z 2022 r. poz. 448), wydanego na podstawie upoważnienia zawartego w art. 203 § 5 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego, wynika z konieczności dostosowania wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania obserwacji osób pozbawionych wolności do aktualnego stanu faktycznego związanego z likwidacją szpitala psychiatrycznego w Areszcie Śledczym we Wrocławiu.  Zaproponowana zmiana polega na usunięciu z wykazu Szpitala Psychiatrycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Aresztu Śledczego we Wrocławiu, wskazanego dotychczas w lp. 5 tabeli w załączniku nr 3 do rozporządzenia, tj.: „Wykaz zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania obserwacji osób pozbawionych wolności, które według oceny sądu wykazują stopień demoralizacji lub zagrożenia ponowieniem czynu o znacznej społecznej szkodliwości albo co do których zachodzi uzasadniona obawa ucieczki i ukrywania się lub też podejrzanych o popełnienie przestępstwa w zorganizowanej grupie lub związku mającym na celu przestępstwo”. Pozostałe jednostki nie ulegają zmianie. | Komisja Prawnicza | <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12374857/katalog/12993503#12993503> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Zespołu do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Badań Klinicznych | Wydanie rozporządzenia jest realizacją upoważnienia zawartego w art. art. 49 ust. 13 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi (Dz. U. poz. 605), zwanej dalej „ustawą”, zobowiązującego ministra właściwego do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Rzecznika Praw Pacjenta, w drodze rozporządzenia, do określenia regulaminu Zespołu do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Badań Klinicznych, zwanego dalej „Zespołem”, szczegółowych zadań sekretarza Zespołu oraz wysokości wynagrodzenia członków tego Zespołu.  W przepisach projektowanego rozporządzenia uregulowany został szczegółowy tryb pracy oraz organizacja Zespołu, obowiązki członków Zespołu, szczegółowe zadania sekretarza Zespołu, tryb sporządzania opinii przez Zespół, a także wysokość wynagrodzenia członków Zespołu.  W odniesieniu do kwestii wynagrodzenia, projekt przewiduje, że członkowi Zespołu przysługuje wynagrodzenie za udział w sporządzeniu opinii w wysokości:  1) 15% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale roku ubiegłego, ogłaszanego w drodze obwieszczenia przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, zwanego dalej „przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem”, za pełnienie funkcji sprawozdawcy,  2) 12% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia pozostałym członkom Zespołu,  3) 10% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia członkom Zespołu za sporządzenie kolejnej opinii, o której mowa w § 6 projektu rozporządzenia  – z uwzględnieniem miesięcznego limitu wynagrodzenia, o którym mowa w art. 49 ust. 11 ustawy. | Skierowanie aktu do ogłoszenia | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12373654/12983224/12983225/dokument626757.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie przygotowania oraz wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa | Podstawę prawną do wydania rozporządzenia w sprawie przygotowania oraz wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa stanowi art. 27 ust. 2 pkt 7 ustawy z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny (Dz. U. poz. 2305, z późn. zm.).  Wejście w życie rozporządzenia powinno nastąpić do dnia 24 października 2023 r.  Dotychczas zagadnienia przygotowania i wykorzystania podmiotów leczniczych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej na potrzeby obronne państwa oraz właściwość organów w tych sprawach regulowało rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2012 r. w sprawie warunków i sposobu przygotowania oraz wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa oraz właściwości organów w tych sprawach (Dz. U. poz. 741), które utraci moc z dniem 24 października 2023 r. na mocy art. 821 ustawy z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny.  Większość regulacji o charakterze merytorycznym jest podobna do rozwiązań określonych w akcie prawnym poprzedzającym projektowane rozporządzenie. Obszarem dodatkowo ujętym w projekcie, w odróżnieniu od regulacji wcześniejszych, są przygotowania na potrzeby obronne realizowane przez dysponentów zespołów ratownictwa medycznego, w tym zespołów lotniczych.  Projektowane rozporządzenie porządkuje istniejący stan prawny w zakresie przygotowań podmiotów leczniczych do działania w razie zewnętrznego zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny, tworząc podstawę do planowania i realizacji zadań, przy uwzględnieniu odpowiedzialności i zależności kompetencyjnej organów administracji publicznej. Wprowadzane zmiany wypływają z dotychczasowych wieloletnich doświadczeń organów administracji publicznej i podmiotów leczniczych w przedmiotowym obszarze i mają na celu usprawnienie, urealnienie, a także dostosowanie do zmieniających się możliwości i potrzeb przedsięwzięć planowanych i realizowanych na potrzeby obronne państwa przy udziale podmiotów leczniczych.  Zgodnie z upoważnieniem ustawowym projekt wskazuje organy właściwe do organizowania, nakładania, nadzorowania i kontroli zadań realizowanych na potrzeby obronne państwa, co stanowi punkt wyjścia do organizacji całego procesu przygotowań obronnych przy wykorzystaniu podmiotów leczniczych.  W projekcie uregulowano warunki i sposób realizacji zadań na potrzeby obronne przez określone grupy podmiotów leczniczych, wraz ze wskazaniem zakresu wykonywanych przedsięwzięć:  - szpitale (oraz inne zakłady lecznicze, jeżeli wystąpi taka potrzeba) przygotowują się do zwiększonego udzielania świadczeń szpitalnych na potrzeby obronne państwa, w tym na potrzeby służb mundurowych, przez zaplanowanie odpowiedniej liczby łóżek szpitalnych, zgodnie ze wskaźnikiem (75 łóżek szpitalnych na 10 tys. mieszkańców województwa),  - dysponenci zespołów ratownictwa medycznego przygotowują się do zwiększonego udzielania świadczeń zdrowotnych na potrzeby obronne przez zespoły ratownictwa medycznego (zwiększenie liczby zespołów co najmniej o 10%),  - podmioty lecznicze wyznaczone do współdziałania w organizacji zespołów zastępczych miejsc szpitalnych planują zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych w zespołach zastępczych miejsc szpitalnych (w szczególności zapewniając personel medyczny), tworzonych przez jednostki samorządu terytorialnego w razie zewnętrznego zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny,  - regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa przygotowują się do zapewnienia krwi i jej składników oraz produktów krwiopochodnych na potrzeby obronne państwa (planując zwiększenie działań w tym obszarze co najmniej o 100%),  - stacje sanitarno-epidemiologiczne przygotowują się do zapewnienia zabezpieczenia sanitarno-epidemiologicznego na potrzeby obronne państwa, planując zwiększenie gotowości i zdolności w tym celu.  W procesie planowania powyższych przedsięwzięć uwzględnia się zapewnienie niezbędnego personelu i zabezpieczenia w zakresie infrastruktury, usług, procedur, wyposażenia i zaopatrzenia.  W projekcie przyjęto, że w ramach przygotowania do realizacji zadań na poszczególnych szczeblach organizacji i nakładania zadań opracowuje się odpowiednie plany na potrzeby obronne państwa, tj.: plan udzielania świadczeń szpitalnych, plan organizacji i funkcjonowania zastępczych miejsc szpitalnych, plan udzielania świadczeń zdrowotnych na potrzeby systemu kierowania bezpieczeństwem narodowym, plan funkcjonowania zespołów ratownictwa medycznego, plan funkcjonowania lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, plan funkcjonowania regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa, plan funkcjonowania stacji sanitarno-epidemiologicznych.  W projektowanych przepisach określono kwestie dotyczące sporządzanych planów: wykonawców planów, organy uzgadniające i zatwierdzające plany, zakres najważniejszych informacji, które powinny być zawarte w planach, kwestie dotyczące aktualizacji planów. | Planowany termin przyjęcia projektu przez RM:  IV kwartał 2023 r. | <https://www.gov.pl/web/premier/projekt-rozporzadzenia-rady-ministrow-w-sprawie-przygotowania-oraz-wykorzystania-podmiotow-leczniczych-na-potrzeby-obronne-panstwa> |
| Uchwała | Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia programu inwestycyjnego pod nazwą „Kompleksowa modernizacja wraz z rozbudową klinicznego szpitala pediatrycznego Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach” | Liczba dzieci chorych na cukrzycę wzrasta dynamicznie, szczególnie młodszych i najmłodszych dzieci w całej Polsce, a także w regionie Górnego Śląska. Brak stałej opieki, brak wsparcia w procesie leczniczym, brak stale prowadzonej edukacji diabetologicznej i żywieniowej tj. w codziennym wielokrotnie podejmowanych decyzji terapeutycznych, które warunkują zdrowie i życie dziecka jednoznacznie skutkują negatywnymi wynikami u dzieci z cukrzycą. Do tej opieki z zakresu diabetologii pediatrycznej zalicza się ekspertów: specjalistów lekarzy, pielęgniarki diabetologiczne, edukatorów diabetologicznych, dietetyków, psychologów, pracowników socjalnych, podologów, rehabilitantów jak i informatyków oraz współpracujących na stałe specjalistów z psychiatrii, gastrologii, neurologii, okulistyki, ginekologii, endokrynologii, kardiologii, medycyny sportowej. Bez tak rozbudowanego wielodyscyplinarnego zespołu nie jest możliwe spełnienie krajowych i międzynarodowych standardów, tj. wymogów dzisiejszej holistycznej opieki diabetologicznej nad dzieckiem z cukrzycą.  Cukrzyca w populacji pediatrycznej jest aktualnie najczęstszą chorobą przewlekłą. Dodatkowo należy podkreślić jej dynamiczny trend wzrostowy zarówno zachorowań określany na 7-9% rocznie jak i fakt, że najwyższa dynamika dotyczy dzieci najmłodszych 0-4. roku życia i młodszych 5-9. roku życia.  Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, zwane dalej „GCZD”, obejmuje leczeniem największą liczbę dzieci z cukrzycą w Rzeczypospolitej Polskiej i jest obecnie centrum diabetologicznym dla województwa śląskiego. Szybko wzrastający trend zachorowań liczby dzieci wymagającej opieki diabetologicznej, bez nowej inwestycji istotnie ograniczy dostęp do świadczeń, gdyż w obecnej lokalizacji ta dostępność jest już coraz bardziej utrudniona.  Kolejnym problemem jest epidemiologia chorób infekcyjnych u dzieci, która uwypukla się sezonowo. Dało się zauważyć w ostatnim okresie jesienno-zimowym, gdzie po gwałtownym wzroście zakażeń COVID-19 u dzieci nastąpił wzrost zapadalności na infekcyjne choroby górnych dróg oddechowych (grypa i infekcje grypo-podobne) a także szczególnie groźne zakażenie RSV (wymagające często w przypadku dzieci młodszych i niemowląt hospitalizacji w wyspecjalizowanych oddziałach). W województwie śląskim, w którym jest największe zagęszczenie ludności nie posiada aktualnie Oddziału chorób zakaźnych dla dzieci, a tylko jedną poradnię chorób zakaźnych dla dzieci.  W celu poprawy jakości świadczenia usług zdrowotnych niezbędna jest modernizacja dotychczasowych pomieszczeń oraz rozbudowa GCZD o nowy 8 kondygnacyjny, nowoczesny budynek. Jest to niezbędne, aby zwiększyć efektywność, dostępność oraz jakość świadczeń zdrowotnych oraz wzmocnić reagowanie na zagrożenia epidemiczne. GCZD dąży również do zaspokajania potrzeb zdrowotnych regionu (dotychczas nie były one zaspokajane) w zakresie chorób zakaźnych i leczenia neuroinfekcji u dzieci.  Inwestycja umożliwi zaplanowanie odpowiedniej logistyki, pomiędzy współpracującymi lekarzami różnej specjalności, gabinetami i pracowniami tak, aby diagnozowanie pacjenta odbywało się płynnie. Umożliwi to holistyczne, kompleksowe podejście do pacjenta. Nowa technologia udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej pacjentom z niepełnosprawnościami i pacjentom ze szczególnymi problemami zdrowotnymi „jeden pacjent, jedna wizyta, wielu specjalistów”, umożliwi pełną kompleksowość opieki w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w połączeniu z diagnostyką i stosowanym leczeniem. Ponadto wprowadzenie nowej technologii dotyczącej prowadzenia promocji zdrowia i stosowania profilaktyki w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ułatwi dostęp do informacji dla szerokiej grupy społeczeństwa, celem krzewienia idei prozdrowotnych  Odnowienie i modernizacja infrastruktury szpitala pozwoli na utrzymanie pełnej kompleksowości opieki nad chorym dzieckiem oraz zapewni stosowanie innowacyjnych, optymalnych metod leczenia i diagnostyki w tym leczenia dzieci z urazami wielonarządowymi, co w znaczący sposób przełoży się na poprawę efektów zdrowotnych populacji dzieci.  Rekomendowane rozwiązanie ma na celu zwiększenie efektywności, dostępności oraz jakości świadczeń zdrowotnych oraz wzmocnienie reagowania na zagrożenia epidemiczne. Realizacja celu głównego nastąpi poprzez działania skoncentrowane m.in. na wykorzystywaniu bezpiecznych i skutecznych, ale jednocześnie efektywnych kosztowo, technologii medycznych w celu zachowania najwyższych standardów świadczonych usług zdrowotnych. Rozbudowa i modernizacja infrastruktury budowlanej oraz odpowiednie wyposażenie GCZD w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną, pozwoli na efektywniejsze wykonywanie zabiegów medycznych oraz procesów diagnostycznych.  Program inwestycyjny zakłada budowę, przebudowę oraz modernizację obecnej infrastruktury GCZD (m.in. Oddziału Kardiochirurgii Dziecięcej, Oddziału Kardiologii Dziecięcej, Oddziału Otolaryngologii z Pododdziałem Leczenia Krótkoterminowego, Oddziału Chirurgii Urazowo Ortopedycznej czy Oddziału Chirurgii i Urologii z Pododdziałem Leczenia Krótkoterminowego).  GCZD jest jedynym szpitalem w województwie śląskim, w którym diagnozuje się i leczy dzieci z problemami neurochirurgicznymi z regionu śląskiego i pozostałej części kraju (jedyny Oddział Neurochirurgii Dziecięcej w województwie). W ramach inwestycji planowane jest utworzenie Oddziału Chorób Zakaźnych i Leczenia Neuroinfekcji dla Dzieci. Pozwoli to na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych całego regionu, które dotychczas nie były zaspokajane. Ponadto, Województwo Śląskie obecnie nie posiada Oddziału Chorób Zakaźnych dla Dzieci. W przedmiocie inwestycji nastąpi także rozbudowa Oddziału Diabetologii Dziecięcej i Pediatrii (Centrum Nowoczesnych Technik Diabetologicznych). Umożliwi to diagnostykę i leczenie problemów diabetologii wieku rozwojowego, a także przełoży się na zwiększenie efektywności, dostępności oraz jakości świadczeń zdrowotnych, które wykazują znaczną tendencję wzrostową zapadalności na cukrzycę wśród dzieci i młodzieży.  Kolejna kwestią jest rozbudowa ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, która pozwoli na przesunięcie ciężaru udzielanych usług zdrowotnych z lecznictwa szpitalnego na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną. Planowana jest także rozbudowa Izby Przyjęć. Działanie to pozwoli to na uporządkowanie procesów w zmodernizowanym układzie funkcjonalno-przestrzennym. Istotna jest również modernizacja, przebudowa obecnie funkcjonujących Oddziałów Szpitalnych. Ta czynność pozwoli to na dostosowanie posiadanej infrastruktury do obowiązujących wymagań organizacyjno-techniczno-prawnych.  Inwestycja umożliwi zaplanowanie odpowiedniej logistyki, pomiędzy współpracującymi lekarzami różnej specjalności, gabinetami i pracowniami tak, aby diagnozowanie pacjenta odbywało się płynnie. Umożliwi to holistyczne, kompleksowe podejście do pacjenta szczególnie wymagającego jakim jest dziecko.  Dostęp do specjalistów w wielu dziedzinach medycznych, dostęp do szerokiej bazy diagnostycznej, a poprzez współpracę ze Śląskim Uniwersytetem Medycznym, możliwość stosowania nowoczesnych technologii medycznych i metod leczniczych, pozwoli na kompleksowe leczenie dzieci bez konieczności przewożenia ich do innych ośrodków, co zdecydowanie wpłynie na poprawę efektów leczniczych, a tym samym zdrowotnych w całej populacji dziecięcej Śląska i województw ościennych.  Program będzie realizować GCZD jako Inwestor.  Planowane efekty rzeczowe inwestycji to:  1) utworzenie nowoczesnego, w pełni wyposażonego Oddziału Chorób Zakaźnych i Leczenia Neuroinfekcji dla Dzieci posiadającego 20 łóżek;  2) przeniesienie i rozbudowa Oddziału Diabetologii Dziecięcej i Pediatrii (Centrum Nowoczesnych Technik Diabetologicznych) - docelowo oddział posiadał będzie 25 łóżek (obecny Oddział Diabetologii Dziecięcej i Pediatrii posiada 15 łóżek);  3) przeniesienie i rozbudowa ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (przeniesienie w jedno miejsce wszystkich funkcjonujących 24 poradni);  4) przeniesienie i rozbudowa Izby Przyjęć  dla pacjentów do hospitalizacji planowych, przeniesienie i rozbudowa do nowego budynku Izby Przyjęć pozwoli na przywrócenie pierwotnych funkcji układu komunikacyjnego, gdyż aktualnie znajduje się w tymczasowo zaadoptowanej przestrzeni komunikacyjnej (korytarze oraz hol);  5) modernizacja, przebudowa obecnie funkcjonującego części budynku szpitala tj. oddziałów szpitalnych (Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddział Kardiochirurgii Dziecięcej, Oddział Kardiologii Dziecięcej, Oddział Otolaryngologii z Pododdziałem Leczenia Krótkoterminowego, Oddział Chirurgii Urazowo Ortopedycznej, Oddział Chirurgii i Urologii z Pododdziałem Leczenia Krótkoterminowego, Oddział Neurochirurgii, Oddział Pediatrii i Endokrynologii Dziecięcej z Pododdziałem Zaburzeń Rozwoju Płci, Oddział Nefrologiczny, Oddział Gastroenterologii i Pediatrii, Oddział Pediatrii i Neurologii Wieku Rozwojowego oraz Oddział Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka).  Planowany okres realizacji inwestycji został ustalony na lata 2024–2027.  Planowane łączne nakłady z Funduszu Medycznego na realizację działań przewidzianych w ramach Programu inwestycyjnego wynoszą 168 135 000 zł, w tym:  1) w 2024 r. – 6 825 280 zł;  2) w 2025 r. – 50 417 012 zł;  3) w 2026 r. – 48 348 952 zł,  4) w 2027 r. – 62 543 756 zł.  Rozkład kwot pomiędzy latami jest uzależniony od wielu czynników (m. in. długość postępowań przetargowych, dostępność materiałów budowlanych) i może ulec zmianie, przy czym na obecnym etapie nie zakłada się zwiększenia łącznej kwoty finansowania z Funduszu Medycznego. |  | <https://www.gov.pl/web/premier/projekt-uchwaly-rady-ministrow-w-sprawie-ustanowienia-programu-inwestycyjnego-pod-nazwa-kompleksowa-modernizacja-wraz-z-rozbudowa-klinicznego-szpitala-pediatrycznego-gornoslaskiego-centrum-zdrowia-dziecka-im-sw-jana-pawla-ii-samodzielnego-publicznego-szpitala-klinicznego-nr-6-slaskiego-uniwersytetu-medycznego-w-katowicach> |
| Uchwała | Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia programu inwestycyjnego pod nazwą „Przebudowa i rozbudowa Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie” | Zgodnie z diagnozą w Mapie Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022–2026 w 2018 roku w kraju zrealizowano 0,34 tys. wizyt z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej, natomiast w 2019 roku ich liczba wzrosła do 1,25 tys. (prawie 4-krotnie). W 2019 roku w 5 województwach nie były udzielane świadczenia tego rodzaju, tj. kujawsko-pomorskim, lubuskim, świętokrzyskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim, przez co pacjentki wraz z rodziną były zmuszone migrować do sąsiednich województw. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w 2021 roku po raz pierwszy od lat 90. XX wieku wzrosła śmiertelność u noworodków. Ginekolodzy zauważają także, że w ostatnich miesiącach coraz więcej jest przypadków ciężkich wad wrodzonych u płodów.  Ponadto, zgodnie z diagnozą zawartą w Mapie Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022–2026, najważniejszymi wyzwaniami w opiece psychiatrycznej dzieci i młodzieży jest bardzo niska liczba świadczeniodawców zapewniających leczenie oraz utrudniony dostęp do kompleksowej i skoordynowanej opieki. Zgodnie z Mapą Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022–2026 w przypadku leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży w 2019 r. wystąpił bardzo ograniczony dostęp do każdej z form omawianej opieki.  Zapewnienie pacjentom pediatrycznym świadczeń opieki zdrowotnej na najwyższym poziomie przez szpital nie jest obecnie możliwe ze względu na zły stan techniczny budynków, który nie pozwala na kontynuację eksploatacji z powodu niespełniania wymagań przeciwpożarowych, norm termicznych, norm elektrycznych oraz złego stanu instalacji wodnych, kanalizacji i centralnego ogrzewania, oraz niemożliwości działania wentylacji mechanicznej. Budynki nie spełniają norm i standardów określonych dla obiektów szpitalnych oraz nie gwarantują dostępności dla osób z niepełnosprawnościami, ze względu na bariery architektoniczne. Zły stan instalacji wpływa na częste awarie, powoduje utrudnienia w funkcjonowaniu obiektów oraz generuje dodatkowe koszty w zakresie bieżącego utrzymania i remontów. Ponadto istniejąca infrastruktura obu budynków nie jest dostosowana do instalacji zaawansowanych technologicznie aparatury i sprzętu, a wykonanie prac dostosowawczych i modernizacyjnych nie jest racjonalne w aspekcie ekonomicznym. W związku z powyższym, do wyzwań systemu opieki zdrowotnej należy zapewnienie odpowiedniej opieki perinatologicznej i psychiatrycznej dla pacjentów do 18. roku życia.  Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, zwany dalej „USD”, to największy szpital dziecięcy w południowej Polsce, placówka ostatniej szansy dla najciężej chorych dzieci z Małopolski, a w przypadkach wielu schorzeń z całego kraju. W USD leczeni są także pacjenci z zagranicy. Celem działalności USD jest ratowanie życia i zdrowia dzieci od pierwszego dnia życia.  Celem Programu inwestycyjnego pod nazwą „Przebudowa i rozbudowa Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie", zwanego dalej „Programem inwestycyjnym”, jest stworzenie warunków do poprawy jakości udzielania świadczeń zdrowotnych poprzez rozbudowę i unowocześnienie infrastruktury oraz dostosowanie istniejących obiektów USD do wymogów lecznictwa, przepisów sanitarnych, budowlanych i przeciwpożarowych.  Program inwestycyjny zakłada:  - zmniejszenie umieralności noworodków i niemowląt oraz podniesienie poziomu jakości usług medycznych przez poprawę opieki perinatalnej i neonatologicznej, dzięki utworzeniu kompleksowego Centrum Perinatologicznego - traktu porodowego;  - podniesienie poziomu bezpieczeństwa epidemiologicznego oraz jakości usług medycznych poprzez zapewnienie dostępu do kompleksowej diagnostyki i leczenia dzieci z chorobami infekcyjnymi w Oddziale Pediatrycznym dla Chorób Infekcyjnych;  - zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi w wieku rozwojowym kompleksowej i wielostronnej opieki medycznej dostosowanej do ich potrzeb oraz niwelowanie różnic w tym zakresie na obszarze województwa małopolskiego dzięki utworzeniu w USD Oddziału Psychiatrii Dziecięcej;  - rozwój nowoczesnej infrastruktury USD w dziedzinach medycyny, gdzie identyfikuje się obecnie największe potrzeby w kraju m.in. neonatologia, pediatria, psychiatria.  Rekomendowanym rozwiązaniem jest stworzenie warunków do poprawy jakości udzielania świadczeń zdrowotnych przez rozbudowę i unowocześnienie infrastruktury oraz dostosowanie istniejących obiektów USD do wymogów lecznictwa, przepisów sanitarnych, budowlanych i przeciwpożarowych.  Planowanym narzędziem interwencji jest ustanowienie i realizacja Programu inwestycyjnego, polegającego na kompleksowej modernizacji budynku uruchomionego w połowie lat dziewięćdziesiątych, mieszczącego specjalistyczne poradnie, oddziały pobytu dziennego, Pracownię Radioterapii czy Oddział Nefrologii. Planowana jest budowa nowego budynku, mieszczącego nowe oddziały tj. Centrum Perinatologiczne obejmujące trakt porodowy z częścią łóżkową oraz część ambulatoryjno-diagnostyczną, Oddział Psychiatrii Dziecięcej, Oddział Pediatryczny dla Chorób Infekcyjnych oraz Oddział Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka. Utworzenie nowych komórek organizacyjnych tj. Chirurgii Jednego Dnia oraz Laseroterapii dodatkowo wpłynie na redukcję kosztów i optymalizację wykorzystania łóżek szpitalnych. Krótszy pobyt dziecka w szpitalu zmniejszy stres związany ze zmianą środowiska.  Planowana jest również przebudowa i rozbudowa Centralnego Laboratorium Szpitala (budynki z 1965 i 1974 roku - Zakład Biochemii Klinicznej, Zakład Immunologii Klinicznej, Zakład Genetyki Medycznej, Zakład Patologii), celem uzyskania koniecznych powierzchni dla prawidłowej działalności.  Ponadto, Program inwestycyjny zakłada także budowę parkingu wielopoziomowego, przebudowę terenu przyległego z drogami, placami i chodnikami oraz budynku pomocniczego.  Realizacja Programu inwestycyjnego zapewni podniesienie kompleksowości opieki zdrowotnej nad dziećmi od okresu perinatalnego, przez opiekę nad noworodkiem, dzieckiem (zdrowie fizyczne i psychiczne) i zaspokojenie potrzeb epidemiologicznych. Interdyscyplinarność, poziom wiedzy medycznej i zaawansowania technologicznego nowej infrastruktury powstałej w ramach projektu pozwoli na wdrożenie metod diagnostycznych i leczenia o szczególnie wysokiej skuteczności klinicznej, co przełoży się na znaczną poprawę stanu zdrowia populacji dzieci w Małopolsce i kraju. Z uwagi na swą złożoność i ukierunkowanie na zidentyfikowane potrzeby, inwestycja wpłynie na zapewnienie kompleksowości i ciągłości opieki nad pacjentami pediatrycznymi, w tym w m.in. w zakresie psychiatrii, a przez utworzenie Centrum Perinatologicznego - traktu porodowego możliwa będzie kompleksowa i wieloaspektowa diagnostyka i leczenie zarówno patologii płodu, jak i noworodka. Pacjenci zyskają pełny dostęp do wszystkich działających w USD specjalizacji pediatrycznych i chirurgicznych z pełną diagnostyką i rehabilitacją.  W wyniku realizacji Programu inwestycyjnego nastąpi poprawa komfortu pacjentów i ich rodzin – dzięki modernizacji i rozbudowie istniejących poradni lub oddziałów oraz oddaniu do użytku nowych jednostek medycznych wraz z zatrudnieniem dodatkowego personelu zwiększy się dostępność usług i skróci czas oczekiwania na przyjęcie przez specjalistę. Przebudowa lub rozbudowa istniejących budynków oznaczać będzie większą funkcjonalność i estetykę, a tym samym komfort ich użytkowania. Dzięki przeprowadzonym pracom modernizacyjnym nastąpi także poprawa komfortu cieplnego budynków.  Program inwestycyjny będzie realizować USD jako Inwestor.  Planowane efekty rzeczowe Programu inwestycyjnego to:  1) zmniejszenie umieralności noworodków i niemowląt oraz podniesienie poziomu jakości usług medycznych poprzez poprawę opieki perinatalnej i neonatologicznej, dzięki utworzeniu kompleksowego Centrum Perinatologicznego - traktu porodowego;  2) podniesienie poziomu bezpieczeństwa epidemiologicznego oraz jakości usług medycznych poprzez zapewnienie dostępu do kompleksowej diagnostyki i leczenia dzieci z chorobami infekcyjnymi w Oddziale Pediatrycznym dla Chorób Infekcyjnych;  3) zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi w wieku rozwojowym kompleksowej i wielostronnej opieki medycznej dostosowanej do ich potrzeb oraz niwelowanie różnic w tym zakresie na obszarze województwa małopolskiego dzięki utworzeniu w USD Oddziału Psychiatrii Dziecięcej;  4) rozwój nowoczesnej infrastruktury USD w dziedzinach medycyny, gdzie identyfikuje się obecnie największe potrzeby w kraju m.in. neonatologia, pediatria, psychiatria.  Mierzalne efekty realizacji Programu inwestycyjnego:  1) liczba łóżek: zwiększenie z 61 do 182 (o 121);  2) powierzchnia całkowita: zwiększenie z 22 513 m² do 49 732 m² (o 27 219 m²).  Planowane łączne nakłady z Funduszu Medycznego na realizację działań przewidzianych w ramach Programu inwestycyjnego wynoszą 298 864 453zł, w tym:  - w 2024 r. – 49 498 325 zł;  - w 2025 r. – 119 387 898 zł;  - w 2026 r. – 94 425 157 zł;  - w 2027 r. – 35 553 073zł.  Rozkład kwot pomiędzy latami jest uzależniony od wielu trudnych lub wręcz niemożliwych do przewidzenia czynników (m. in. długość postępowań przetargowych, dostępność materiałów budowlanych) i może ulec zmianie, przy czym na obecnym etapie nie zakłada się zwiększenia łącznej kwoty finansowania z Funduszu Medycznego. | Planowany termin przyjęcia projektu przez RM:  III kwartał 2023 r. | <https://www.gov.pl/web/premier/projekt-uchwaly-rady-ministrow-w-sprawie-ustanowienia-programu-inwestycyjnego-pod-nazwa-przebudowa-i-rozbudowa-uniwersyteckiego-szpitala-dzieciecego-w-krakowie> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie limitu przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym | Zwiększenie limitu przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym w roku akademickim 2023/2024, który został określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2023 r. w sprawie limitu przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym (Dz. U. poz. 1322) w związku z decyzjami Ministra Edukacji i Nauki, zgodnie z którymi Podhalańska Państwowa Uczelnia Zawodowa w Nowym Targu, Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Sączu, Uniwersytet Warszawski, Społeczna Akademia Nauk w Łodzi, uzyskały pozwolenie na utworzenie jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarskim.  Zmiana załączniku nr 1 w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2023 r. w sprawie limitu przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym, określającego limit przyjęć na studia na kierunku lekarskim w poszczególnych uczelniach w roku akademickim 2023/2024. Zmiana ma na celu zwiększenia o 215 miejsc limitu przyjęć na jednolite studia magisterskie prowadzone w formie studiów stacjonarnych w języku polskim, co zarekomendował Minister Edukacji i Nauki.  Projektowany limit dla:  1) Podhalańskiej Państwowej Uczelni Zawodowej w Nowym Targu to 45 miejsc;  2) Akademii Nauk Stosowanych w Nowym Sączu to 50 miejsc;  3) Uniwersytetu Warszawskiego to 60 miejsc;  4) Społecznej Akademii Nauk w Łodzi to 60 miejsc.  W wyniku nowelizacji, w roku akademickim 2023/2024, na studia na kierunku lekarskim limit przyjęć ogółem wynosie 10 019 miejsc, w tym na jednolitych studiach magisterskich prowadzonych w formie studiów stacjonarnych w języku polskim wynosi 6 461 miejsc. | Wejście w życie 27 września 2023 r. | <https://www.dziennikustaw.gov.pl/D2023000202701.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 września 2023 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach – „Dobry posiłek w szpitalu” | Projekt rozporządzenia określa warunki realizacji programu pilotażowego w zakresie poradnictwa dietetycznego oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach pod nazwą „Dobry posiłek w szpitalu”, zwanego dalej „programem pilotażowym”.  Celem programu pilotażowego jest:  1) podniesienie poziomu wiedzy o żywności i sposobie żywienia sprzyjającym zdrowiu świadczeniobiorców przez świadczenia opieki zdrowotnej w postaci porad żywieniowych,  2) wdrożenie optymalnego modelu żywienia świadczeniobiorców w szpitalach.  Wprowadzenie programu pilotażowego wynika z tego, że rola żywienia dla świadczeniobiorcy przebywającego w warunkach szpitalnych jest szczególnie istotna. Odpowiednie żywienie świadczeniobiorców w szpitalu stanowi integralną część całego procesu leczenia, a właściwa ocena stanu odżywienia i wdrażanie odpowiedniego sposobu żywienia jest istotnym elementem zwiększenia szans chorych na wyzdrowienie, poprawę skuteczności zarówno leczenia zachowawczego, jak i chirurgicznego oraz zmniejszenie ryzyka powikłań i skrócenie czasu gojenia się ran pooperacyjnych. Dobrze odżywiony świadczeniobiorca, szybciej powraca do zdrowia i tym samym może krócej przebywać w szpitalu, co korzystnie wpływa na jego ogólny stan zdrowia fizycznego i psychicznego, a także obniża całkowity koszt leczenia. Niedożywienie albo niewłaściwie dobrana dieta może negatywnie wpływać na przebieg choroby i rekonwalescencję, wydłużać pobyt chorego w szpitalu, a w konsekwencji zaś zwiększać koszty jego leczenia.  Realizacja programu pilotażowego obejmuje:  1) zapewnienie świadczeniobiorcom wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia, w oparciu o zalecenia opracowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH - Państwowy Instytut Badawczy we współpracy z Instytutem Matki i Dziecka oraz Instytutem - Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka, które zostaną udostępnione za pośrednictwem strony internetowej Ministerstwa Zdrowia ;  2) porady żywieniowe dla świadczeniobiorców;  3) edukację i rozpowszechnianie informacji dotyczących prawidłowego żywienia;  4) zapewnienie dietetyka w wymiarze nie mniejszym niż 0,5 etatu.  Po dokonaniu oceny stanu odżywienia świadczeniobiorcy, lekarz uwzględniając potrzeby świadczeniobiorcy decyduje o rodzaju stosowanej diety, czasie jej trwania oraz zalecanych indywidualnych modyfikacjach.  Posiłki przeznaczone dla świadczeniobiorców są przygotowywane w oparciu o jadłospis opracowany przez dietetyka (na co najmniej na 7 dni). Jadłospis zawiera informacje o: rodzaju posiłku i składzie produktów, wartości energetycznej (kaloryczności) i wartości odżywczej (ilość białka, węglowodanów, w tym cukrów, tłuszczu, w tym nasyconych kwasów tłuszczowych, soli) w 100 g i porcji posiłku, sposobie obróbki oraz obecności alergenów.  Szpital codziennie będzie publikował na swojej stronie internetowej zdjęcie co najmniej dwóch posiłków spośród najczęściej stosowanych diet z danego dnia wraz z odniesieniem do pozycji z jadłospisu. Szpital publikuje jadłospis na swojej stronie internetowej. | Wejście w życie 27 września 2023 r. | <https://www.dziennikustaw.gov.pl/D2023000202101.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 września 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia | Wydłużenie czasu trwania pilotażu umożliwi przeprowadzenie w sposób kompleksowy niezbędnych działań ewaluacyjnych w zakresie pilotażu. Wydłużenie czasu trwania pilotażu umożliwi również jednoczesne podjęcie działań analityczno-koncepcyjnych w zakresie przygotowania odpowiednich rozwiązań legislacyjnych mających na celu wdrożenie i zaadaptowanie przetestowanych w ramach pilotażu rozwiązań do całości systemu ochrony zdrowia psychicznego. Kluczowe dla możliwości wdrożenia rozwiązań przetestowanych w pilotażu jest m.in.: przeprowadzenie adekwatnych i niezbędnych prac legislacyjnych dotyczących ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, jak również nowelizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2019 r. poz. 1285 z późn. zm.).  Zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 2086, z późn. zm.) dotyczy wydłużenia możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego. Wydłużenie czasu trwania pilotażu jest niezbędne dla zakończenia procesu ewaluacji rozwiązań przetestowanych w pilotażu oraz przygotowania narzędzi mających na celu przeniesienie wypracowanych założeń do systemu ochrony zdrowia psychicznego dla dorosłych. | Wejście w życie 9 października 2023 r. | <https://www.dziennikustaw.gov.pl/D2023000198201.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego | Dotychczas świadczenia leczenia nowotworów błony śluzowej macicy oraz jelita grubego z wykorzystaniem systemu robotowego.nie były dostępne dla pacjentów w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych.  Wprowadzenie do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 870 i 978) przepisów dotyczących nowego świadczenia gwarantowanego zostało oparte na procesie kwalifikacji świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych i implementuje propozycje rozwiązań zawarte w rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.  Projektowane rozporządzenie ma na celu poprawę wyników leczenia i jakości życia pacjentów z nowotworem złośliwym błony śluzowej macicy oraz nowotworem złośliwym jelita grubego przez zapewnienie pacjentom dostępu do postępowania chirurgicznego z wykorzystaniem systemu robotowego w leczeniu tych nowotworów. Zakładając, że świadczenia: leczenie chirurgiczne raka błony śluzowej macicy z zastosowaniem systemu robotowego oraz leczenie chirurgiczne raka jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego byłyby realizowane głównie w ośrodkach, które aktualnie posiadają system robotowy i/lub sprawozdają procedury w ramach L31R Prostatektomia radykalna z zastosowaniem systemu robotowego\* szacuje się, że wykonywanie świadczenia byłoby możliwe do realizacji (w zależności od kryterium wolumenowego wymaganego od ośrodków) w:  • 11-19 ośrodkach w ramach rozpoznań C18-C20,  • 2-6 ośrodkach w ramach rozpoznań C53-C55.  Wprowadzenie wyżej wymienionych świadczeń do wykazu świadczeń gwarantowanych stanowi realizację postulatów zawartych w opinii Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 23 maja 2017 r., w której wskazano na zasadność finansowania ww. metod leczenia ze środków publicznych. W ślad za rekomendacjami Prezesa Agencji nr 254/2014 i 256/2014 z dnia 15 grudnia 2014 r., na podstawie zlecenia Ministra Zdrowia dokonano ponownego przeglądu dowodów naukowych. Analiza doniesień naukowych opublikowanych po dacie wydania rekomendacji wskazała, że przeprowadzenie zabiegów z zastosowaniem systemu robotowego w porównaniu do operacji klasycznych prowadzi do istotnych statystycznie różnic w odniesieniu do części pierwszorzędowych punktów końcowych. Ponadto odnotowano istotne statystycznie różnice na korzyść operacji z zastosowaniem systemu robotowego w odniesieniu do parametrów związanych z czasem trwania operacji, długością pobytu pacjenta w szpitalu oraz występowania śródoperacyjnych zdarzeń niepożądanych.  W § 2 projektu rozporządzenia ustanowiono okres przejściowy dla świadczeniodawców, którzy zamierzają realizować świadczenie gwarantowane „Leczenie chirurgiczne z zastosowaniem systemu robotowego nowotworu złośliwego gruczołu krokowego”, niespełniających wymagań określonych w lp. 58 załącznika nr 4 do rozporządzenia zmienianego w § 1, w części:  1) „Personel” w kolumnie 4 w pkt 1 w zakresie dotyczącym minimalnych kryteriów jakościowych dla personelu medycznego;  2) „Organizacja udzielania świadczeń” w kolumnie 4 w pkt 1 w zakresie dotyczącym minimalnego doświadczenia ośrodka.  W dotychczasowym stanie prawnym świadczeniodawcy mieli termin na dostosowanie się do wymagań do dnia 1 stycznia 2023 r., jednak zasadne jest wydłużenie tego terminu z uwagi na konieczność dostosowania go do istniejących warunków faktycznych. Świadczeniodawcy są w okresie dostosowywania się do tych warunków, natomiast termin 1 stycznia 2023 r. okazał się zbyt krótki, w związku z czym wydłużono termin na dostosowanie się do wymagań do dnia 31 grudnia 2023 r. | Wejście w życie 5 października 2023 r. | <https://www.dziennikustaw.gov.pl/D2023000195501.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej | Dotychczasowe przepisy dotyczące kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w module rehabilitacja powodowały wątpliwości interpretacyjne w zakresie warunków realizacji świadczenia, jak również zwracano uwagę na wygórowane wymagania dotyczące równoważnika etatu przeliczeniowego terapeuty zajęciowego.  Projekt rozporządzenia wprowadza zmiany w zakresie:  1) rozpoznań kwalifikujących świadczeniobiorcę do rehabilitacji;  2) skierowania;  3) wymogów dotyczących personelu;  4) warunków realizacji świadczenia (wskazanie minimalnych czasów trwania zabiegów oraz wyposażenia miejsca realizacji świadczeń w sprzęt medyczny).  Oczekiwanym efektem proponowanych zmian jest wprowadzenie jednolitego modelu usprawniania w ramach modułu rehabilitacja kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi. Dodatkowym spodziewanym efektem będzie poprawa dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych w ramach współpracy z Centrum Kompetencji Raka Piersi.  Przedmiotowa zmiana eliminuje wątpliwości interpretacyjne oraz zwiększa transparentność obecnych przepisów przy jednoczesnym zachowaniu właściwej i zoptymalizowanej organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz wykorzystaniu potencjału wykonawczego podmiotów leczniczych zakwalifikowanych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) w systemie ochrony zdrowia. | Wejście w życie 5 października 2023 r. | <https://www.dziennikustaw.gov.pl/D2023000195401.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej | Obecnie obowiązujące przepisy dotyczące kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi wprowadzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 maja 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 1060) powodują wątpliwości interpretacyjne, jak również uniemożliwiają znacznej liczbie świadczeniodawców zawieranie umów na realizację przedmiotowego zakresu świadczeń.  Projekt rozporządzenia wprowadza zmiany w załączniku nr 5 przez zastąpienie dotychczasowych świadczeń „Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi moduł diagnostyka nowotworu piersi” oraz „Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi – moduł monitorowanie” nowym jednolitym świadczeniem „Diagnostyka i monitorowanie w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem piersi”.  Oczekiwanym efektem proponowanych zmian jest wprowadzenie nowego jednolitego modelu kompleksowej diagnostyki i leczenia nowotworów piersi, który będzie opierał się na skoordynowanych działaniach jednego ośrodka, zapewniającego wymaganą infrastrukturę do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w ramach opieki kompleksowej oraz wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, planujący i koordynujący cały proces leczenia. Dodatkowym spodziewanym efektem procedowanych zmian będzie zwiększenie liczby zawartych umów na realizację kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem piersi. | Wejście w życie 5 października 2023 r. | <https://www.dziennikustaw.gov.pl/D2023000195301.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 września 2023 r. w sprawie wzoru legitymacji służbowej pracownika stacji sanitarno-epidemiologicznej | Projektowane rozporządzenie ma na celu zapewnienie bieżącej dostępności legitymacji służbowych dla pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych. W obecnym stanie prawnym jest ona ograniczona, z uwagi na długi proces produkcyjny legitymacji, wynikający z zastosowania we wzorze legitymacji indywidualnego znaku wodnego.  Projektowane rozporządzenie określa wzór legitymacji służbowej pracownika stacji sanitarno-epidemiologicznej, w którym zastosowano jako zabezpieczenie bieżący znak wodny. Pozwoli to na istotne skrócenie cyklu produkcyjnego, co w konsekwencji zapewni dostępność blankietów legitymacji służbowych na niezbędnym poziomie. Równocześnie znacząco zostaną ograniczone koszty druku legitymacji, ponieważ w przypadku zastosowania papieru z bieżącym znakiem wodnym są one blisko czterokrotnie niższe niż w przypadku papieru ze znakiem zindywidualizowanym.  Projekt rozporządzenia przewiduje również, że legitymacje służbowe wydane przed dniem wejścia w życie projektowanych zmian zachowają swoją ważność. | Wejście w życie 3 października 2023 r. | <https://www.dziennikustaw.gov.pl/D2023000192201.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rocznych i okresowych sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacji przekazywanych wojewodom i marszałkom województw | Zmiana jest wprowadzana na wniosek Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”, w celu optymalizacji i automatyzacji procesu przygotowania sprawozdań okresowych. Obecnie sprawozdanie składa się z 140 zestawień, w przygotowanie których zaangażowane są komórki organizacyjne Centrali (13 komórek i około 40 osób) oraz każdy z 16 Oddziałów Wojewódzkich Funduszu (łącznie około 80 osób). Przygotowanie sprawozdania zajmuje około 130 - 180 osobodni w Centrali Funduszu. Przygotowanie bardzo obszernego sprawozdania okresowego z działalności jest czasochłonne i wymaga zaangażowania wielu pracowników Funduszu.  Wydłużenie czasu, jaki Fundusz ma na sporządzenie sprawozdania okresowego z działalności Funduszu w celu zapewnienia czasu na zautomatyzowany proces przygotowania tego sprawozdania. | Wejście w życie 13 września 2023 r. | <https://www.dziennikustaw.gov.pl/D2023000185701.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie | Projektowane rozporządzenia nowelizuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. z 2023 r. poz. 823), zwane dalej „rozporządzeniem”, wydane na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych  . Projektowana nowelizacja ma na celu poszerzenie dostępu pacjentów do wyrobów medycznych na zlecenie, uwzględniając zarówno nowe pozycje, jak i dostosowując limity do realiów rynkowych. Projektowana nowelizacja wprowadza zmiany będące odpowiedzią na postulaty pacjentów, lekarzy i organizacji pacjenckich. Celem tych propozycji jest zwiększenie dostępności do wyrobów medycznych oraz uszczegółowienie obowiązujących przepisów, co pozwoli na wyeliminowanie problemów interpretacyjnych.  Nadanie nowego brzmienia dla § 2 ust. 2 rozporządzenia ma na celu uporządkowanie przepisów dotyczących uprawnień lekarzy w trakcie specjalizacji jak i po jej zakończeniu do wystawiania zleceń na wyroby medyczne.  Załącznik do rozporządzenia ze względu na rozmiar i zakres zmian, a także konieczność uwzględnienia możliwości wprowadzenia nowych wyrobów w ramach określonych kategorii uzyskał całkowicie nowy kształt i numerację, wg kodów a nie liczb porządkowych.  Ze zmian merytorycznych najważniejsze kwestie obejmują:  1. Zmiany limitów i opisów ortez i protez na zamówienie, jak również obuwia ortopedycznego na zamówienie, co wynika ze zmian technologicznych, a także konieczności uwzględnienia cen wyrobów medycznych. Limity zostały określone w oparciu o dane rynkowe, jak również możliwości uzyskania dofinansowania z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, który w przypadku osób z niepełnosprawnością jest źródłem dofinansowania do zaopatrzenia w wyroby medyczne refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „NFZ”.  2. Zmniejszenie udziału pacjenta w limicie refundacji na wyroby chłonne z 30% do 20% oraz 10% w przypadku dzieci, co powinno znacznie zmniejszyć obciążenia po stronie pacjenta w zaopatrzeniu w wyroby chłonne. Ceny wyrobów medycznych w ramach wyrobów medycznych na zlecenie nie są cenami sztywnymi, co pozwala poszukiwać wyrobów w najbardziej konkurencyjnych cenach dla pacjenta. Biorąc pod uwagę dostępne ścieżki zaopatrzenia, w tym także możliwość zakupów przez internet realizowanych drogą wysyłkową, przez świadczeniodawców, którzy podpisali umowę z NFZ, obniżenie udziału w limicie zwiększa przystępność cenową wyrobów chłonnych.  3. Wprowadzenie do wykazu aparatów do pomiaru INR/PT dla pacjentów leczonych antagonistami witaminy K, wymagających regularnej kontroli wskaźnika PT/INR do ukończenia 18. roku życia lub ze sztucznymi mechanicznymi zastawkami serca lub z migotaniem przedsionków z umiarkowaną do ciężkiej stenozą mitralną lub posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, co ma na celu poprawę przestrzegania farmakoterapii i ułatwienie monitorowania leczenia, a także w uzasadnionych medycznie przypadkach zmiany w dawkowaniu leków.  4. Dodanie wkładek ortopedycznych na zamówienie wraz z badaniem rozmieszczenia nacisków na podeszwowej stronie stóp co ma służyć profilaktyce pierwotnego lub wtórnego owrzodzenia u pacjentów z cukrzycą i zespołem stopy cukrzycowej.  5. Poszerzenie wykazu o wyroby kompresyjne okrągłodziane w populacji pacjentów z niewydolnością żylną w leczeniu lub profilaktyce owrzodzeń żylnych.  6. Zmiany w refundacji osprzętu do pomp insulinowych, uwzględniające rekomendowane okresy użytkowania, jak również nowe wyroby na rynku.  7. Zwiększenie limitu refundacji w przypadku bardzo wysokich wad wzroku pow. 10 dptr.  8. Podział refundacji białych lasek ze względu na ich funkcjonalność i zastosowanie, wraz z odrębnymi limitami.  9. Wprowadzenie refundacji wyrobów dedykowanych pacjentkom po mastektomii: rękawów profilaktycznych kompresyjnych okrągłodzianych, gorsetów pooperacyjnych i biustonoszy.  10. Podział refundacji protez piersi ze względu na ich budowę oraz zwiększenie limitu na peruki.  11. Uwzględnienie chorób rzadkich takich jak hiperinsulinizm i glikogenozą w refundacji systemów monitorowania glikemii, jak również zmiany w warunkach przyznawania tych systemów (m.in. poszerzenie wskazań do refundacji FGM o kobiety w ciąży i w okresie połogu z cukrzycą).  12. Zmniejszenie udziału w limicie cewników hydrofilowych do 10% dla pacjentów dorosłych.  13. Wprowadzenie refundacji na plastry mocujące do filtrów HME.  Ze względu na zakres zmian nowelizacja powinna wejść w życie od 1 stycznia 2024 r. co pozwoli na dostosowanie systemów informatycznych NFZ. | Wejście w życie 8 września 2023 r. z mocą obowiązująca od 1 stycznia 2023 r. | <https://www.dziennikustaw.gov.pl/D2023000182601.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2023 r. w sprawie ustawicznego rozwoju zawodowego ratowników medycznych | Zgodnie z art. 74 ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (Dz. U. poz. 2705), zwanej dalej „ustawą”, ratownik medyczny ma prawo i obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego przez aktualizację wiedzy i umiejętności zawodowych. Ustawiczny rozwój zawodowy może być realizowany przez doskonalenie zawodowe lub kształcenie podyplomowe. Dotychczas ratownicy medyczni uczestniczyli w formach doskonalenia zawodowego, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2019 r. w sprawie doskonalenia zawodowego ratowników medycznych (Dz. U. z 2019 poz. 2464), które obowiązuje do dnia wejścia w życie ustawy.  W związku z planowanym na dzień 22 czerwca 2023 r. wejściem w życie ustawy istnieje konieczność wydania nowych przepisów wykonawczych dotyczących ustawicznego rozwoju zawodowego ratowników. Projektowane rozporządzenie wypełnienia delegację ustawową zawartą w art. 116 ustawy i w sposób kompleksowy określa zasady ustawicznego rozwoju zawodowego ratowników medycznych.  Projekt rozporządzenia określa formy samokształcenia, w ramach ustawicznego rozwoju zawodowego, liczbę punktów edukacyjnych za poszczególne formy ustawicznego rozwoju zawodowego oraz dokumenty potwierdzające ich realizację, sposób i tryb odbywania doskonalenia zawodowego przez ratowników medycznych, zakres doskonalenia zawodowego ratowników medycznych oraz sposób potwierdzania zrealizowania przez ratownika medycznego poszczególnych form ustawicznego rozwoju zawodowego oraz potwierdzenia przez Krajową Radę Ratowników Medycznych, dopełnienia obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego przez ratownika medycznego. Ponadto w rozporządzeniu określony został wzór wniosku o wpis na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego oraz wzór wniosku o aktualizację wpisu, a także wzór karty ustawicznego rozwoju zawodowego. Samokształcenie będzie realizowane, podobnie jak to ma miejsce obecnie, w następujących formach:  1) udział w seminarium;  2) udział w trwającym nie krócej niż 4 godziny dydaktyczne kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym, przy czym 1 godzina dydaktyczna trwa 45 minut;  3) udział w posiedzeniu szkoleniowym stowarzyszenia będącego, zgodnie z postanowieniami jego statutu, towarzystwem naukowym lub towarzystwem zawodowym o zasięgu krajowym zrzeszającym ratowników medycznych;  4) przygotowanie i wygłoszenie referatu na trwającym nie krócej niż 4 godziny dydaktyczne, przy czym 1 godzina dydaktyczna trwa 45 minut, kongresie, zjeździe, konferencji, sympozjum naukowym lub posiedzeniu szkoleniowym towarzystwa naukowego albo stowarzyszenia zawodowego, będących, zgodnie z postanowieniami jego statutu, towarzystwem naukowym lub towarzystwem zawodowym o zasięgu krajowym zrzeszającym ratowników medycznych;  5) udział w warsztacie szkoleniowym;  6) udział w szkoleniach prowadzonych przez pracodawcę albo zleconych przez pracodawcę, z którym ratownik medyczny ma podpisaną umowę o pracę, umowę cywilno-prawną lub umowę-zlecenie, albo prowadzonych przez wojewodę albo zleconych przez wojewodę;  7) udział w trwającym nie krócej niż 4 godziny dydaktyczne, przy czym 1 godzina dydaktyczna trwa 45 minut, kursie realizowanym za pośrednictwem sieci internetowej z ograniczonym dostępem, zakończonym testem;  8) opublikowanie jako autor albo współautor:  a) książki naukowej,  b) książki popularnonaukowej,  c) artykułu naukowego,  d) rozdziału w książce naukowej lub popularnonaukowej,  e) artykułu popularnonaukowego,  f) programu multimedialnego,  9) opublikowanie tłumaczenia:  a) książki naukowej lub popularnonaukowej,  b) rozdziału w książce naukowej lub popularnonaukowej,  c) artykułu naukowego lub popularnonaukowego,  d) programu multimedialnego.  10) udział w kursie samoobrony  - z zakresu wiedzy i umiejętności, o których mowa w § 7, mając na uwadze pogłębienie i aktualizację wiedzy i umiejętności niezbędnych do realizacji zadań ratownika medycznego;  11) uzyskanie tytułu zawodowego magistra po ukończeniu studiów na kierunku przygotowującym do wykonywania zawodu ratownika medycznego;  12) uzyskanie stopnia naukowego doktora, doktora habilitowanego lub tytułu profesora w dyscyplinie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu;  13) udział w mistrzostwach lub zawodach ratownictwa medycznego, organizowanych pod patronatem konsultanta krajowego lub konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny ratunkowej albo zajęcie od pierwszego do trzeciego miejsca na mistrzostwach lub zawodach ratownictwa medycznego organizowanych pod patronatem konsultanta krajowego lub konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny ratunkowej;  14) udział w kursie doskonalącym umiejętności w zakresie prowadzenia pojazdu uprzywilejowanego w ruchu drogowym;  15) przygotowanie do właściwej realizacji zadań w ramach prowadzenia szkoleń dla ratowników medycznych lub ratowników, o których mowa w art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1720, 1733, 2705 i 2770), lub świadczenie pracy związanej z wykonywaniem obowiązków określonych dla nauczycieli akademickich w uczelniach prowadzących kształcenie na kierunku ratownictwo medyczne, jednostkach prowadzących szkolenie specjalizacyjne lub podmiotach prowadzących kursy kwalifikacyjne;  16) wolontariat odbywany się w jednostce systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, w komórkach lub oddziałach szpitalnych, przez ratownika medycznego wykonującego zadania zawodowe w podmiotach, o których mowa w art. 58 ust. 1 ustawy, na podstawie porozumienia zawartego pomiędzy dysponentem jednostki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne a ratownikiem medycznym.  Nowym rozwiązaniem w stosunku do obecnego jest możliwość uczestniczenia, w ramach ustawicznego rozwoju zawodowego ratowników medycznych, w szkoleniu specjalizacyjnym oraz w kursach kwalifikacyjnych.  Wszystkie powyższe formy samokształcenia powinny być realizowane z zakresu wiedzy i umiejętności określonych w § 7 projektu rozporządzenia. Za wyżej wymienione formy samokształcenia przysługują punkty edukacyjne, które określone zostały w załączniku nr 1 do rozporządzenia.  Ustawiczny rozwój zawodowy ratowników medycznych realizowany będzie w pięcioletnich okresach rozliczeniowych zwanych okresami edukacyjnymi. Pierwszy okres edukacyjny rozpoczyna się z dniem 1 stycznia roku następującego po roku, w którym ratownik medyczny uzyskał uprawnienia do wykonywania zawodu. W ramach doskonalenia zawodowego ratowników medycznych realizowany będzie kurs doskonalący, o którym mowa w art. 94 pkt 1 ustawy. Kurs ten, tak jak dotychczas, będzie mógł być realizowany przez podmioty uprawnione do prowadzenia kursu doskonalącego wpisane na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego prowadzoną przez dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Projekt rozporządzenia określa w załączniku nr 2 wzór wniosku o wpis na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego oraz w załączniku nr 3 wzór wniosku o aktualizację wpisu na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego.  Zaliczenie ustawicznego rozwoju zawodowego polega na uzyskaniu w okresie edukacyjnym co najmniej 200 punktów edukacyjnych za udział w wybranych formach ustawicznego rozwoju zawodowego, przy czym 120 punktów edukacyjnych musi być uzyskane za udział w kursie doskonalącym zakończonym egzaminem.  Program przedmiotowego kursu będzie opracowany przez zespół ekspertów powołanych przez dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego i zatwierdzony przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Ponadto projekt wskazuje na możliwość uzupełnienia wiedzy w formie samokształcenia. Wybór określonej formy kształcenia uzależniony jest od potrzeb samych ratowników medycznych. Przebieg doskonalenia zawodowego będzie dokumentowany w karcie ustawicznego rozwoju zawodowego ratownika medycznego, której wzór określa załącznik nr 4 przedmiotowego rozporządzenia.  Z uwagi na regulacje art. 221 i 222 ustawy, nie jest konieczne uwzględnienie w projekcie rozporządzenia przepisów przejściowych. | Wejście w życie 7 września 2023 r. | <https://www.dziennikustaw.gov.pl/D2023000180001.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami | W związku z bliskim terminem zakończenia umów na realizację programu pilotażowego w zakresie koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami, zwanego dalej „programem pilotażowym”, proponuje się wydłużenie etapu realizacji programu pilotażowego do dnia 31 grudnia 2024 r. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 czerwca 2020 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami (Dz. U. poz. 1185 oraz z 2022 poz. 1861), zwanym dalej „rozporządzeniem zmienianym”, etap realizacji programu pilotażowego trwa 36 miesięcy od dnia podpisania umowy. Dnia 30 września 2023 r. ten etap kończy się dla dwóch podmiotów, spośród czterech, które realizują program pilotażowy.  Jednocześnie w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z poz. 1352), nastąpił wzrost wynagrodzeń pracowników realizujących świadczenia opieki zdrowotnej. Wejście w życie ww. ustawy oznacza konieczność podniesienia przez każdego kierującego placówką medyczną wynagrodzenia swoich pracowników do poziomu przewidzianego tym aktem prawnym.  Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami wprowadza zmiany w § 4 rozporządzenia zmienianego polegające na wydłużeniu etapu realizacji programu pilotażowego do dnia 31 grudnia 2024 r. Wydłużenie czasu trwania programu pilotażowego umożliwi przeprowadzenie niezbędnych działań legislacyjnych mających na celu wdrożenie i zaadaptowanie przetestowanych w ramach pilotażu rozwiązań do systemu ochrony zdrowia.  Ponadto w celu zapewnienia świadczeniodawcom środków finansowych na wzrost wynagrodzeń konieczne jest podwyższenie wyceny świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach programu pilotażowego w zakresie koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami.  Wobec tego, projekt rozporządzenia zakłada nadanie nowego brzmienia § 10 rozporządzenia zmienianego i podniesienie wyceny określonych w nim świadczeń, tj. porady pierwszorazowej, porady kompleksowej, porady monitorującej, porady w trybie pilnym, kompleksowej konsultacji specjalistycznej realizowanej w ramach porady kompleksowej lub porady monitorującej (I typu – wykonanie 1–3 konsultacji specjalistycznych, II typu – wykonanie 4–6 konsultacji specjalistycznych, III typu – wykonanie powyżej 6 konsultacji specjalistycznych) oraz miesięcznego ryczałtu za koordynację opieki. | Wejście w życie 5 września 2023 r. | <https://www.dziennikustaw.gov.pl/D2023000178001.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2023 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” | Projektowane rozporządzenie wprowadza zmianę w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2023 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” (Dz. U. poz. 1239), wydanym na podstawie art. 48e ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.). Zmiana ta wynika z konieczności wydłużenia terminu na dostosowanie systemów teleinformatycznych realizatorów programu pilotażowego do rozwiązań i wymogów wynikających z wdrożenia centralnej elektronicznej rejestracji, wstępnie planowanej do końca sierpnia 2023 r.  Na podstawie informacji uzyskanych od realizatorów programu pilotażowego przewiduje się, że prace niezbędne do dostosowania systemów teleinformatycznych realizatorów programu pilotażowego do rozwiązań i wymogów wynikających z wdrożenia w ramach programu pilotażowego centralnej elektronicznej rejestracji dla dostawców oprogramowania gabinetowego nie zostaną zakończone do końca sierpnia 2023 r., a wskazywanym terminem zakończenia tych prac jest koniec 2023 r.  Projektowane rozporządzenie przedłuża do dnia 31 grudnia 2023 r. fakultatywną możliwość przydzielenia świadczeniobiorcy terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS poza centralną elektroniczną rejestracją”, czyli na zasadach określonych obecnie do dnia 31 sierpnia 2023 r.  Jednocześnie realizatorzy programu pilotażowego uzyskają dodatkowy okres na dostosowanie systemów informatycznych realizatorów programu pilotażowego do rozwiązań i wymogów wynikających z wdrożenia rozwiązań oferowanych w ramach centralnej elektronicznej rejestracji. | Wejście w życie 31 sierpnia 2023 r. | <https://www.dziennikustaw.gov.pl/D2023000174401.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia | Zwiększenie zdolności operacyjnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia do realizowania zadań w zakresie analiz, monitorowania jakości, dostosowywania sposobu rozliczania świadczeń do zmieniającego się otoczenia oraz współpracy z interesariuszami instytucjonalnymi.  Projekt rozporządzenia zmienia strukturę organizacyjną centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem” przez:  1) przekształcenie Departamentu Analiz i Innowacji w Biuro Partnerstwa Publicznego i Innowacji;  2) utworzenie Departamentu Analiz, Monitorowania Jakości i Optymalizacji Świadczeń.  Zaproponowana zmiana w strukturze Funduszu zmierza do utworzenia nowej komórki organizacyjnej o charakterze analitycznym i jakościowym. Filarem zadań tej komórki będzie prowadzenie stałego procesu dostosowywania systemu rozliczeniowego oraz procesu monitorowania i ewaluacji wprowadzonych zmian w systemie ochrony zdrowia, wyłącznie w zakresie właściwości merytorycznej Narodowego Funduszu Zdrowia. Komórka ta będzie zajmowała się również wdrażaniem monitorowania wskaźników dotyczących jakości i organizacji udzielanych świadczeń oraz analizą porównawczą świadczeniodawców i regionów.  Zaproponowane zmiany są również odpowiedzią na konieczność przeprowadzenia kompleksowej rewizji sposobu monitorowania dostępności do świadczeń i czasu oczekiwania, zwłaszcza w kontekście zarządzania informacją w tym zakresie. W zakres zadań nowej komórki wejdzie również współpraca z ośrodkami naukowymi, celem wykorzystania potencjału informacyjnego przetwarzanego w Funduszu do sprawniejszego zaspokojenia potrzeb informacyjnych oraz wsparcia rozwoju nauki. Przewiduje się, że w wyniku współpracy powstaną rekomendacje, a następnie wdrażanie takich ram prawnych i organizacyjnych, które pozwolą na zwiększanie efektywności organizacji świadczeń opieki zdrowotnej.  Z racji przekazania do nowo tworzonego departamentu większości zadań realizowanych w Departamencie Analiz i Innowacji, komórka ta przekształci się w Biuro Partnerstwa Publicznego i Innowacji, którego głównym zadaniem będzie budowanie partnerskiej współpracy z interesariuszami Funduszu, w szczególności o charakterze instytucjonalnym.  Nowe zadania, których konieczność realizacji przez Departament Analiz, Monitorowania Jakości i Optymalizacji Świadczeń jest przyczyną wprowadzanych zmian w statucie Funduszu wiążą się z koniecznością uzupełnienia zasobów kadrowych delegowanych do realizacji tych zadań o 27 osób z wykształceniem ekonomicznym lub medycznym. | Wejście w życie 13 września 2023 r. | <https://www.dziennikustaw.gov.pl/D2023000173601.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie recept | Projektowane rozporządzenie stanowi dopełnienie regulacji wprowadzonych ustawą:  1) z dnia ... 2023 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. poz. …..) – w zakresie, w jakim dokonała ona rozszerzenia kręgu świadczeniobiorców, którym przysługiwać mają bezpłatnie niektóre refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, o osoby do ukończenia 18. roku życia oraz po ukończeniu 65. roku życia;  2) z dnia ... 2023 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. …..) – w zakresie w jakim wprowadziła ona wymóg by recepta na produkt leczniczy o kategorii dostępności Rpw, albo na produkt leczniczy o innej kategorii dostępności zawierający w swoim składzie środek odurzający lub substancję psychotropową określoną w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600) wystawiana była w wersji elektronicznej.  Konsekwencją opisanych zmian ustawowych jest konieczność wprowadzenia do zmienianego rozporządzenia nowego kodu uprawnienia dodatkowego pacjenta będącego ww. świadczeniobiorcą, który nie ukończył 18. roku życia. Zgodnie z ustawą będzie to kod „DZ”. Koresponduje to z proponowaną w projektowanym rozporządzeniu zmianą.  W zakresie już określonego w zmienianym rozporządzeniu kodu „S” odnoszącego się do pacjentów będących świadczeniobiorcami, obecnie po ukończeniu 75. roku życia (a docelowo 65. roku życia), w projekcie stosownie modyfikuje się lp. 7 załącznika do zmienianego rozporządzenia w taki sposób, aby opis tego uprawnienia korelował, poprzez zawarte w nim odesłanie, z przepisem art. 43a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).  Konieczne jest również usunięcie ze zmienianego rozporządzenia przepisów odnoszących się do recept wystawianych na wyżej wymienione produkty lecznicze w postaci papierowej, z wyjątkiem przypadków, gdy receptę taką wystawia lekarz weterynarii.  Nie ma alternatywnych metod realizacji zakładanego celu. | Wejście w życie 30 sierpnia 2023 r. | <https://www.dziennikustaw.gov.pl/D2023000173401.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 sierpnia 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej | Projektowana zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2021 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 83), zwanego dalej „rozporządzeniem”, ma na celu na poprawę dostępności do świadczeń w ramach krajowej sieci kardiologicznej, umożliwiając przetestowanie oraz standaryzację diagnostyki i leczenia pacjenta w ramach krajowej sieci kardiologicznej z uwzględnieniem działań lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).  Dodatkowo projektowana zmiana umożliwi pełną i kompleksową realizację świadczeń w ramach pilotażu na terenie województwa pomorskiego. Obecnie regionalny ośrodek koordynujący program pilotażowy w województwie pomorskim, nie posiada umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, która zgodnie z § 13 ust. 1 rozporządzenia mogłaby być podstawą rozliczania w ramach programu pilotażowego na realizację następujących świadczeń dla pacjentów objętych pilotażem:  przezcewnikowe wszczepienie protezy zastawki aortalnej oraz przezcewnikowa plastyka zastawki mitralnej metodą „brzeg do brzegu” na tym terenie, co uniemożliwia zapewnienie kompleksowej realizacji świadczeń w programie.  Rekomendowanym rozwiązaniem jest umożliwienie zawierania umów ze świadczeniodawcami POZ w trakcie trwania etapu realizacji programu pilotażowego. Oczekiwanym efektem wprowadzanej zmiany jest zwiększenie liczby świadczeniodawców POZ wchodzących w skład sieci kardiologicznej.  Projektowana zmiana rozporządzenia umożliwi dokonanie analizy z uwzględnieniem działań lekarzy POZ, w ramach modelu organizacyjnego opieki nad pacjentami z nadciśnieniem tętniczym, niewydolnością serca, przewlekłą chorobą niedokrwienną serca oraz migotaniem przedsionków, zgodnie z wytycznymi konsultantów krajowych w dziedzinie medycyny rodzinnej, hipertensjologii i kardiologii, na etapie ewaluacji programu.  Ponadto miana w § 13 ust. 1 rozporządzenia skutkować będzie możliwością rozliczenia świadczeń przezcewnikowe wszczepienie protezy zastawki aortalnej oraz przezcewnikowa plastyka zastawki mitralnej metodą „brzeg do brzegu” w ramach programu pilotażowego. | Wejście w życie 29 sierpnia 2023 r. | <https://www.dziennikustaw.gov.pl/D2023000172101.pdf> |
| Ustawa | Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta | projekt dotyczy uregulowania kwestii systemowego monitorowania jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej poprzez określenie zadań, obowiązków i uprawnień poszczególnych podmiotów w zakresie autoryzacji, wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem, akredytacji i rejestrów medycznych | Wejście w życie 7 września 2023 r. | <https://www.dziennikustaw.gov.pl/D2023000169201.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 lipca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie formy i szczegółowego zakresu wzorcowych medycznych procedur radiologicznych dla standardowych ekspozycji medycznych oraz szczegółowych medycznych procedur radiologicznych | Projektowane rozporządzenia jest wydawane na podstawie upoważnienia zawartego w art. 33zm ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe. Zgodnie z tym upoważnieniem minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, formę i szczegółowy zakres procedur wzorcowych i procedur szczegółowych, mając na względzie zagrożenie wynikające z narażenia osoby poddawanej ekspozycji.  Na tej podstawie zostało wydane rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2021 r. w sprawie formy i szczegółowego zakresu wzorcowych medycznych procedur radiologicznych dla standardowych ekspozycji medycznych oraz szczegółowych medycznych procedur radiologicznych (Dz. U. poz. 1920), zwane dalej „rozporządzeniem zmienianym”.  Rozporządzenie zmieniane zastąpiło rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2007 r. w sprawie szczegółowych wymagań dotyczących formy i treści wzorcowych i roboczych medycznych procedur radiologicznych (Dz. U. poz. 161), tj. przepisy dotychczas regulujące kwestie formy i zakresu:  1) procedur wzorcowych  opracowanych przez komisje do spraw procedur i audytów klinicznych zewnętrznych i opublikowanych w obwieszczeniach Ministra Zdrowia: z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie ogłoszenia wykazu wzorcowych procedur radiologicznych z zakresu radioterapii onkologicznej (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 81), z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie ogłoszenia wykazu wzorcowych procedur radiologicznych z zakresu medycyny nuklearnej (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 82) oraz z dnia 10 listopada 2015 r. w sprawie ogłoszenia wykazu wzorcowych procedur radiologicznych z zakresu radiologii – diagnostyki obrazowej i radiologii zabiegowej (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 78) oraz  2) procedur roboczych  tworzonych w jednostkach ochrony zdrowia na podstawie procedur wzorcowych, zwanych procedurami szczegółowymi, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 czerwca 2019 r. o zmianie ustawy – Prawo atomowe oraz ustawy o ochronie przeciwpożarowej 9dz. U. poz. 1593 oraz z 2020 r. poz. 284).  Zarówno procedury wzorcowe, jak i procedury robocze (szczegółowe) zostały utrzymane w mocy na podstawie art. 30 ust. 1 i 3 ww. ustawy , a zgodnie z § 5 rozporządzenia zmienianego utrzymane w mocy procedury wzorcowe i procedury szczegółowe miały zostać dostosowane do wymagań określonych w przepisach tego rozporządzenia w terminie odpowiednio: 18 i 24 miesięcy od dnia jego wejścia w życie (tj. do dnia 26 kwietnia 2023 r. – w przypadku procedur wzorcowych, oraz do 26 października 2023 r. – w przypadku procedur szczegółowych). Termin wskazany w § 5 ust. 1 rozporządzenia zmienianego, tj. termin przewidziany dla komisji do spraw procedur i audytów klinicznych zewnętrznych nie został dotrzymany, w konsekwencji czego również termin określony w § 5 ust. 2 rozporządzenia zmienianego dla jednostek ochrony zdrowia stosujących promieniowanie jonizujące również nie będzie mógł być dotrzymany przy zachowaniu zasady, że na dostosowanie opracowanych w jednostkach procedur szczegółowych do zmienionych przez komisje procedur wzorcowych konieczny jest okres co najmniej 6 miesięcy, co wynika z przepisów § 5 rozporządzenia zmienianego.  W związku z faktem, że termin przewidziany w § 5 ust. 1 rozporządzenia zmienianego, tj. termin na dostosowanie przez komisje do spraw procedur i audytów klinicznych zewnętrznych – obowiązujących aktualnie procedur wzorcowych do wymagań rozporządzania zmienianego nie został dotrzymany, w konsekwencji czego termin przewidziany w § 5 ust. 2 tego rozporządzenia, tj. termin na dostosowanie przez jednostki ochrony zdrowia obowiązujących w tych jednostkach procedur szczegółowych do procedur wzorcowych zmienionych przez komisje również nie może zostać dotrzymany, konieczne jest odpowiednie przedłużenie tych terminów.  Termin na dostosowanie procedur wzorcowych do wymagań rozporządzenia zmienianego proponuje się przedłużyć do dnia 30 czerwca 2025 r. (§ 5 ust. 1 projektu rozporządzenia) W ocenie projektodawcy w tym okresie będzie możliwe dokonanie przez komisje do spraw procedur i audytów klinicznych zewnętrznych rzetelnego przeglądu znaczącej liczby procedur (aktualnie obowiązuje prawie 800 procedur wzorcowych) oraz dokonanie w tych procedurach poprawek i modyfikacji wynikających z przepisów rozporządzenia zmienianego.  W konsekwencji tej zmiany, również termin przewidziany w § 5 ust. 2 rozporządzenia zmienianego, tj. termin na dostosowanie przez jednostki ochrony zdrowia opracowanych w tych jednostkach procedur szczegółowych do procedur wzorcowych zmienionych przez komisje wymaga odpowiedniego przedłużenia. Proponuje się zachowanie wynikającej z dotychczasowych przepisów dostosowujących (§ 5 ust. 1 w związku z ust. 2 rozporządzenia zmienianego) zasady, aby termin na dostosowanie procedur szczegółowych do – zmienionych przez komisje – procedur wzorcowych wynosił 6 miesięcy. W związku z tym, w projekcie określa się (§ 5 ust. 2 projektu rozporządzenia) nowy termin na dostosowanie procedur szczegółowych do zmienionych procedur wzorcowych dłuższy o 6 miesięcy w stosunku do terminu określonego w § 5 ust. 1. | Wejście w życie 22 sierpnia 2023 r. | <https://www.dziennikustaw.gov.pl/D2023000155601.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 sierpnia 2023 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizacje w ramach rezydentury | Niedostosowanie wysokości wynagrodzeń zasadniczych rezydentów do wymogów ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2139). Zbyt mała zachęta finansowa do podejmowania przez lekarzy specjalizacji w dziedzinach uznanych za priorytetowe.  Zwiększenie wynagrodzeń zasadniczych lekarzy rezydentów z uwzględnieniem zwiększenia mnożników ustalających wynagrodzenia w priorytetowych dziedzinach medycyny – przez wydanie rozporządzenia na podstawie art. 16j ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Nowe stawki wynagrodzeń rezydentów zostaną dostosowane do wymogów określonych w przepisach ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, a dzięki zwiększeniu mnożników dla dziedzin priorytetowych będą skuteczniej oddziaływać na decyzje lekarzy o wyborze szkolenia w tych deficytowych dziedzinach medycyny. | Wejście w życie 8 sierpnia 2023 r. z mocą obowiązująca od 1 lipca 2023 r. | <https://www.dziennikustaw.gov.pl/D2023000153501.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 lipca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego | Obecnie jest obserwowany narastający problem związany z niedoborem kadry lekarskiej w podmiotach udzielających świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego. Proponowane zmiany mają na celu modyfikację przepisów w taki sposób, aby przy racjonalizacji wymagań dotyczących zatrudnienia personelu medycznego została zachowana dostępność do świadczeń oraz nie pogorszyła się ich jakość.  Projekt rozporządzenia wprowadza zmiany w zakresie:  1) wprowadzenia definicji lekarza uzdrowiskowego w miejsce dotychczasowych definicji lekarza uzdrowiskowego osób dorosłych oraz lekarza uzdrowiskowego dzieci;  2) dopuszczenia możliwości zatrudnienia odpowiednio przeszkolonych lekarzy z I stopniem specjalizacji w dziedzinie klinicznej tożsamej lub pokrewnej z kierunkiem leczniczym uzdrowiska oraz lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej oraz odpowiednio przeszkolonego lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie klinicznej tożsamej lub pokrewnej z kierunkiem leczniczym uzdrowiska dla świadczeń udzielanych w warunkach sanatorium uzdrowiskowego lub świadczeń ambulatoryjnych;  3) określenia minimalnego czasu pracy lekarza prowadzącego leczenie przez dostosowanie do potencjału łóżkowego świadczeniodawcy zgłoszonego do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą;  4) racjonalizacji zakresu opieki lekarskiej i pielęgniarskiej bez niekorzystnego wpływu na jakość udzielanych świadczeń i bezpieczeństwo prowadzonych terapii;  5) racjonalizacji zasad specjalistycznego lekarskiego nadzoru nad zakładami przyrodoleczniczymi, przy jednoczesnym wprowadzeniu nadzoru nad bezpośrednim udzielaniem świadczeń w zakładzie przyrodoleczniczym przez specjalistę w dziedzinie fizjoterapii lub fizjoterapeutę posiadającego tytuł magistra z minimum 5-letnim stażem pracy;  6) dostosowania i podniesienia jakości warunków zakwaterowania (docelowe uchylenie przepisów umożliwiających zakwaterowanie pacjentów w pokojach bez pełnych węzłów sanitarnych).  Oczekiwanym efektem proponowanych zmian jest przede wszystkim umożliwienie świadczeniodawcom pozyskania niezbędnego personelu do prowadzenia leczenia uzdrowiskowego co powinno korzystnie przełożyć się na jakość udzielanych świadczeń oraz pozytywnie wpłynąć na dostępność do świadczeń. Drugim oczekiwanym i docelowym efektem jest podniesienie standardu zakwaterowania pacjentów. | Wejście w życie 18 sierpnia 2023 r. | <https://www.dziennikustaw.gov.pl/D2023000152801.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 lipca 2023 r. w sprawie udzielania przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych porad naukowych | Projektowane rozporządzenie stanowi realizację upoważnienia zawartego w art. 4a ust. 13 ustawy z dnia 18 marca 2011 r. o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych i Produktów Medycznych. Rozporządzenie określa szczegółowy zakres udzielanych przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, zwanego dalej „Prezesem Urzędu”, porad naukowych, o których mowa w art. 4a ust. 1 ustawy z dnia 18 marca 2011 r. o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, zwanych dalej „poradami naukowymi”, (załącznik nr 1 do rozporządzenia), wraz z określeniem wysokości opłat pobieranych za ich udzielenie, a także wzór wniosku o udzielenie porady naukowej (załącznik nr 2 do rozporządzenia). Dotychczas materia objęta projektowanym rozporządzeniem nie była uregulowana w przepisach prawa powszechnie obowiązującego.  Możliwość udzielania przez Prezesa Urzędu porady naukowej jest instytucją nową, wprowadzoną do polskiego porządku prawnego ustawą z dnia 9 marca 2023 r. o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi (Dz. U. poz. 605) w drodze nowelizacji przepisów ustawy z dnia 18 marca 2011 r. o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.  W załączniku nr 1 do rozporządzenia określono szczegółowy zakres udzielanych przez Prezesa Urzędu porad naukowych wraz z wysokością opłat określoną w odniesieniu do każdego z zakresów udzielanej porady. Określając wysokość opłat, uwzględniono nakład pracy związanej z udzieleniem porady i poziom kosztów ponoszonych przez Urząd. Określono także wzór wniosku o udzielenie porady naukowej w celu usprawnienia procedury związanej z jej udzieleniem.  Proponowane rozwiązania wzorowane są na doradztwie naukowym prowadzonym przez Europejską Agencję Leków (EMA), o którym mowa w rozporządzeniu (WE) nr 726/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. ustanawiającym unijne procedury wydawania pozwoleń dla produktów leczniczych stosowanych u ludzi i nadzoru nad nimi oraz ustanawiającego Europejską Agencję Leków (Dz. Urz. UE L 136 z 30.04.2004, str. 1; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 13, t. 34, str. 229, z późn. zm.). | Wejście w życie 5 sierpnia 2023 r. | <https://www.dziennikustaw.gov.pl/D2023000152101.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami | Bieżące wyzwania związane z deficytem personelu medycznego i brakiem równowagi kadrowej w połączeniu ze starzejącą się ludnością i przemianami epidemiologicznymi wymagają nowego, współczesnego podejścia do określania wymogów kwalifikacyjnych na poszczególnych stanowiskach pracy w podmiotach leczniczych. Zasoby ludzkie w sektorze opieki zdrowotnej stanowią czynnik umożliwiający realizację wielu priorytetów świadczenia usług, jednakże brak działań na rzecz lepszego wykorzystania różnorodnych kwalifikacji, uniemożliwia optymalizację personelu systemu ochrony zdrowia w celu poprawy dostępu do opieki zdrowotnej.  Należy podkreślić, iż w wyniku transformacji kształcenia zarówno w systemie oświaty, jak i szkolnictwa wyższego oraz coraz bardziej rozwijającej się edukacji pozaformalnej, na rynku pracy pojawili się absolwenci posiadający kwalifikacje nieuwzględnione w dotychczasowych przepisach regulujących wymagania kwalifikacyjne na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Różnorodność wśród kwalifikacji personelu  w systemie ochrony zdrowia stanowi szansę do wykorzystania ich przez zakładające wzmocnioną współpracę, podejście  do odpowiedzialności zawodowej, oraz ściślejszą integrację pracowników (praca w zespołach terapeutycznych) na rzecz poprawy dostępu do świadczeń zdrowotnych.  Niezbędne jest wprowadzenie zmian w wymaganiach kwalifikacyjnych na poszczególne stanowiska pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami ujętych w obowiązującym obecnie rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. poz. 896) ,dostosowujących je do zmieniającej się sytuacji na rynku pracy w ochronie zdrowia oraz w systemie kształcenia kadr. Proponowane zmiany obejmują miedzy innymi:  1) wprowadzenie nowych stanowisk pracy adekwatnych do potrzeb podmiotów leczniczych takich jak:  zastępca kierownika centralnej sterylizatorni, asystent zdrowia publicznego, inżynier biomedyczny, specjalista neurologopeda, specjalista surdologopeda, Ratownik Medyczny Koordynujący, psychoterapeuta, psychoterapeuta dzieci młodzieży, terapeuta środowiskowy, technik sterylizacji medycznej, optometrysta, koder medyczny, koordynator do spraw pakietu onkologicznego, operator procesu dekontaminacji, pracownik ochrony w ośrodku psychiatrii sądowej, inspektor ochrony danych i pełnomocnik ochrony informacji niejawnych;  2) wprowadzenie zmian w nazwach stanowisk pracy np.:  - dotychczasowe stanowisko „kierownika zespołu techników elektroradiologii” i stanowisko „technika koordynującego  i nadzorującego pracę innych techników elektroradiologii” zastąpiono stanowiskami - „kierownik zespołu elektroradiologów” i „elektroradiolog koordynujący i nadzorujący prace innych elektroradiologów”, z uwagi na transformację kształcenia w tym zawodzie i obecność na runku pracy absolwentów studiów na kierunku elektroradiologia,  - wprowadzenie stanowiska „specjalista neurologopeda, surdologopeda” dla którego określono wymóg posiadania tytułu specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub surdologpedii (który dotychczas uwzględniony był w wymaganiach określonych dla stanowiska „starszy asystent logopedii”), przy jednoczesnym wykreśleniu wymogu posiadania tytułu specjalisty  w ww. dziedzinach z wymagań określonych dla stanowiska „starszy asystent logopedii”;  3) wprowadzenie zmian w wymaganiach kwalifikacyjnych na dotychczasowych stanowiskach:  - fizjoterapeuta – przez odniesienie się do kwalifikacji określonych w ustawie z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2019 r. poz. 952 oraz z 2020 r. poz. 567),  - ratownik medyczny – przez odniesienie się do kwalifikacji określonych w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882),  - diagnosta laboratoryjny - przez odniesienie się do kwalifikacji określonych w ustawie z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U z 2019 r. poz. 849 oraz z 2020 r. poz. 567),  - farmaceuta - przez odniesienie się do kwalifikacji określonych w ustawie z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 1419),  - główny księgowy - przez odniesienie się do kwalifikacji określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 869, z późn. zm.),  - pracownik ochrony - przez odniesienie się do kwalifikacji określonych w ustawie z dnia 22 sierpnia 1997 r. o ochronie osób i mienia (Dz. U. z 2020 r. poz. 838),  - asystenci lekarze lub lekarze dentyści i stażyści lekarze lub lekarze dentyści - rozróżnienie ww. stanowisk przez dookreślenie w wymogach dla asystentów lekarzy lub lekarzy dentystów posiadania prawa wykonywania zawodu, a stażystom lekarzom lub lekarzom dentystom - prawa wykonywania zawodu w miejscu i czasie odbywania stażu podyplomowego,  - dostosowanie brzmienia wymogów ujętych w tabeli I - Pracownicy działalności podstawowej, w kolumnie 3 - Wymagane kwalifikacje do obowiązujących przepisów regulujących kształcenie.  Proponowane zmiany w zakresie stanowisk pracy osób posiadających wykształcenie w zawodzie pielęgniarka lub położna mają charakter redakcyjno–legislacyjny i porządkujący. Mają one na celu zwiększenie możliwości awansu zawodowego pielęgniarek i położnych i jednocześnie stanowią realizację postanowień określonych w Strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa  i położnictwa w Polsce w zakresie ustalania ścieżki awansu zawodowego w tych zawodach.  Dokonanie aktualizacji stanowisk pracy ujętych w obowiązującym rozporządzeniu związane jest również z nowelizacją przepisów ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2020 r. poz. 830). Przedmiotowa ustawa reguluje sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w ramach stosunku pracy w podmiotach leczniczych. Przez osobę wykonującą zawód medyczny zgodnie  z definicją zawartą w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, należy rozumieć osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny. Ustawa z dnia 13 września 2018 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz ustawy o zmianie ustawy  o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1942) m.in. rozszerzyła zakres podmiotowy ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1473 – akt archiwalny)  o pracowników działalności podstawowej innych niż pracownicy wykonujący zawody medyczne. Jest to grupa osób, która nie wykonuje zawodu medycznego, a zatrudnieni w charakterze pracowników działalności podstawowej wykonują pracę  w komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i jako pracownicy są obsadzani na stanowiskach działalności podstawowej określonych przepisami ww. rozporządzenia.  Wobec powyższego, biorąc pod uwagę wytyczne zawarte w delegacji ustawowej do wydania przedmiotowego rozporządzenia czyli bezpieczeństwo pacjentów i efektywność zatrudnienia, zasadnym jest dokonanie przeglądu stanowisk pracy określonych w obecnie obowiązującym rozporządzeniu i zastąpienie dotychczasowego rozporządzenia przedłożonym projektem w celu dostosowania przepisów prawa do zmieniającego się dynamicznie rynku pracy w ochronie zdrowia, jak i systemu kształcenia kadr medycznych oraz nowelizacji przepisów ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Ponadto wymogi określone dla poszczególnych stanowisk pracy zostały, co do zasady ujednolicone, w kontekście zarówno poziomu wykształcenia, jak i stażu pracy przez ustalenie np. dla stanowisk starszych asystentów wymogu uzyskania tytułu magistra lub równorzędnego oraz 7- letniego stażu pracy, a dla stanowisk takich jak np. „starszy technik farmaceutyczny”, czy „starszy dietetyk” - wymogu uzyskania kwalifikacji zawodowych (bez względu na poziom wykształcenia) i 3-letniego doświadczenia zawodowego. Dodatkowo w projektowanym rozporządzeniu umożliwiono uzyskanie awansu zawodowego dla pracowników zatrudnionych na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy, dla których dotychczasowe regulacje nie przewidywały takiej możliwości, np. fizykom medycznym, inżynierom medycznym, higienistkom szpitalnym, pracownikom socjalnym, statystykom medycznym, czy sanitariuszom szpitalnym.  Proponowane zmiany powinny stworzyć warunki do większego zainteresowania pracą przez stworzenie ścieżki awansu zawodowego i umożliwienie szerszego dostępu do poszczególnych stanowisk pracy. Ponadto podjęte działania powinny przyczynić się do zwiększenia zatrudniania w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami profesjonalnej kadry medycznej, i tym samym skutkować wyższym poziomem bezpieczeństwa zdrowotnego przez poprawę jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych. | Wejście w życie 5 września 2023 r. | <https://www.dziennikustaw.gov.pl/D2023000151501.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny | W związku z przewidywanym zwiększeniem zachorowalności na choroby neurologiczne, spodziewane jest znaczne zwiększenie zapotrzebowania na świadczenia udzielane przez lekarzy specjalistów w dziedzinie neurologii. Jednocześnie należy zauważyć, że na 4551 lekarzy neurologów wykonujących zawód, aż 2396 lekarzy jest powyżej 55. roku życia (stan na grudzień 2022 r.), a co za tym idzie w ciągu najbliższych kilkunastu lat spodziewany jest znaczny spadek liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie neurologii.  Proponuje się zaliczenie neurologii do katalogu priorytetowych dziedzin medycyny. W dziedzinach priorytetowych Minister Zdrowia co do zasady przyznaje więcej miejsc rezydenckich niż w pozostałych dziedzinach medycyny. Dodatkową zachętą jest także wyższe wynagrodzenie otrzymywane przez lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie priorytetowej w trybie rezydenckim. Oczekiwanym efektem nowelizacji będzie zwiększenie liczby lekarzy rozpoczynających szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie neurologii, co w przyszłości zapewni zwiększenie liczby lekarzy specjalistów w tej dziedzinie. Dzięki zwiększeniu liczby lekarzy neurologów pacjenci cierpiący na schorzenia neurologiczne uzyskają łatwiejszy i szybszy dostęp do lekarzy specjalistów oraz do specjalistycznych świadczeń neurologicznych. | Wejście w życie 2 sierpnia 2023 r. z mocą obowiązującą od 1 lipca 2023 r. | <https://www.dziennikustaw.gov.pl/D2023000150301.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie nadania statutu Głównemu Inspektoratowi Farmaceutycznemu | Zgodnie z art. 112 ust. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne organizację Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego określa statut nadany przez ministra właściwego do spraw zdrowia w drodze rozporządzenia. W chwili obecnej rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 czerwca 2021 r. w sprawie nadania statutu Głównemu Inspektoratowi Farmaceutycznemu (Dz. U. poz. 1115 oraz z 2022 r. poz. 1795), nie przewiduje możliwości powoływania przez Głównego Inspektora ciał o charakterze doradczym. Ponadto zachodzi potrzeba zmiany struktury organizacyjnej Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego.  W projekcie rozporządzenia przewiduje się zmianę struktury organizacyjnej Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego przez dokonanie podziału na część inspekcyjną oraz część dotyczącą realizacji zadań nadzorczych innych niż inspekcje. W chwili obecnej inspekcje przeprowadzają inspektorzy ds. wytwarzania, którzy są usytuowani w Departamencie Inspekcji do Spraw Wytwarzania Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego oraz inspektorzy ds. obrotu hurtowego, którzy są usytuowani w Departamencie Nadzoru Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego. W celu bardziej efektywnego zarządzania systemem inspekcji przewiduje się, że wszyscy inspektorzy będą usytuowani w jednym departamencie – Departamencie Inspekcji Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego. Ponadto zadania niezwiązane bezpośrednio z wykonywaniem inspekcji zostaną przeniesione z Departamentu Inspekcji do Spraw Wytwarzania do nowego departamentu – Departamentu Nadzoru Farmaceutycznego.  Powyższe zmiany przyczynią się do poprawy efektywności działań Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego, gdyż każdy departament będzie wykonywał czynności jednego rodzaju. Przykładowo nadzór nad jakością produktów leczniczych, który nie wiąże się bezpośrednio z przeprowadzaniem inspekcji zostanie umiejscowiony w Departamencie Nadzoru Farmaceutycznego.  Projekt rozporządzenia przewiduje również umożliwienie Głównemu Inspektorowi Farmaceutycznemu powoływania, w razie potrzeby, zespołów pomocniczych. Dotychczas rozporządzenie nie przewidywało takiej możliwości. Główny Inspektor Farmaceutyczny będzie mógł powoływać ciała opiniodawcze celem zasięgnięcia opinii zewnętrznych ekspertów w sprawach związanych z działalnością urzędu. | Wejście w życie 16 sierpnia 2023 r. | <https://www.dziennikustaw.gov.pl/D2023000149901.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 lipca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania | Projekt rozporządzenia ma na celu rozszerzenie katalogu dokumentacji medycznej o Indywidualny Plan Opieki Medycznej.  Przedmiotowa zmiana wynika z wdrożenia w podstawowej opiece zdrowotnej opieki koordynowanej, wprowadzonej przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1965).  Projektowana regulacja zwiększy efektywność i dynamikę wymiany informacji między uczestnikami procesu sprawowania opieki koordynowanej nad pacjentami oraz wpłynie na jej usprawnienie.  Mając na uwadze, iż Indywidualny Plan Opieki Medycznej, będzie prowadzony i przechowywany w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2022 r. poz. 1555, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o „SIOZ”, będzie stanowić elektroniczną dokumentację medyczną. Jednocześnie prowadzone są prace legislacyjne nad projektem rozporządzenia zmieniającym rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1153 oraz z 2022 r. poz. 1845).  W projekcie rozporządzenia proponuje się wprowadzenie do katalogu dokumentacji indywidualnej zewnętrznej Indywidualnego Planu Opieki Medycznej. Przedmiotowy dokument zawierać będzie informacje obejmujące: oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, pacjenta, jak również osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, osoby kierującej na badanie diagnostyczne, konsultacje lub leczenie. Dodatkowo w Indywidualnym Planie Opieki Medycznej znajdą się informacje dotyczące stanu zdrowia oraz procesu diagnostyki, leczenia i opieki, w szczególności o: rozpoznaniu choroby lub problemu zdrowotnego, udzielonych lub planowanych świadczeniach zdrowotnych, w tym o kontrolnych badaniach diagnostycznych oraz o wizytach kontrolnych, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym o okresie ich stosowania i sposobie dawkowania, poradach edukacyjnych lub konsultacjach dietetycznych, konsultacjach specjalistycznych, zaleceniach a także informacje dodatkowe istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub opieki nad pacjentem. Indywidualny Plan Opieki Medycznej stanowić będzie elektroniczną dokumentacje medyczną, w rozumieniu przepisów ustawy o SIOZ. Wpisów w przedmiotowej dokumentacji dokonywać będą lekarz, pielęgniarka lub położna podstawowej opieki zdrowotnej. Dodatkowo w celu organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym ustalania harmonogramu tego procesu oraz odnotowywania informacji o jego przebiegu, dostęp do danych osobowych i jednostkowych danych medycznych pacjenta zawartych w Indywidualnym Planie Opieki Medycznej przysługiwać będzie osobie, której powierzono wypełnianie ww. zadań tj. osobie wyznaczonej przez świadczeniodawcę do organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, o której mowa w art. 14 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej. (Dz. U. z 2022 r. poz. 2527). | Wejście w życie 2 sierpnia 2023 r. | <https://www.dziennikustaw.gov.pl/D2023000148601.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 lipca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej | Projektowane regulacje wymagają dostosowania do reguł wprowadzających obowiązek prowadzenia Indywidualnego Planu Opieki Medycznej, jak również określających zasady jego prowadzenia i przechowywania wyrażonych w:  1) 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, z późn. zm.), a także  2) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2022 r. poz. 1304, z późn. zm.), nad którym prowadzone są równoległe prace legislacyjne.  Projektowane rozporządzenie rozszerza katalog elektronicznej dokumentacji medycznej o Indywidualny Plan Opieki Medycznej. Tym samym przedmiotowy dokument będzie prowadzony i przechowywany w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.  Wprowadzana zmiana jest ściśle skorelowana z wdrożeniem w podstawowej opiece zdrowotnej opieki koordynowanej. Tym samym projektowane regulacje ukierunkowane są na ich dostosowanie do przepisów wprowadzających obowiązek prowadzenia Indywidualnego Planu Opieki Medycznej, jak również określających zasady jego prowadzenia i przechowywania wyrażonych w:  1) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, a także  2) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, nad którym prowadzone są równoległe prace legislacyjne. Należy wskazać, iż rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania dodaje do katalogu dokumentacji medycznej Indywidualny Plan Opieki Medycznej przesądzając, iż obowiązek jego prowadzenia spoczywa na podmiotach zapewniających koordynację opieki zdrowotnej nad pacjentem w systemie ochrony zdrowia. Dodatkowo zmieniane rozporządzenie określa reguły prowadzenia Indywidulanego Planu Opieki Medycznej, w szczególności zakres zamieszczanych w nim informacji, zasady dostępu, jak również wskazuje, iż Indywidulany Plan Opieki Medycznej będzie prowadzony w systemie teleinformatycznym – Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Tym samym, aby zachować spójność przepisów, niezbędnym stało się wprowadzenie zmian ujętych w projektowanym rozporządzeniu nowelizującym rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1153, z późn. zm.).  Powyższe jest zgodne z dążeniem ustawodawcy do rozszerzenia katalogu elektronicznej dokumentacji medycznej i ma na celu zwiększenie efektywności i dynamiki wymiany informacji między uczestnikami procesu sprawowania opieki koordynowanej nad pacjentami, a co za tym idzie jej usprawnienie. | Wejście w życie 2 sierpnia 2023 r. | <https://www.dziennikustaw.gov.pl/D2023000148501.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lipca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego | Celem projektowanego rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 870) jest zwiększenie dostępności do świadczeń gwarantowanych dla pacjentów z rozpoznaniem stożka rogówki.  Wprowadzenie do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych  z zakresu leczenia szpitalnego świadczenia gwarantowanego operacja stożka rogówki metodą cross-linking, zostało oparte o rekomendację nr 88/2022 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 30 września 2022 r. Procedowana zmiana ma na celu zapewnienie dostępności do przedmiotowego świadczenia.  W uzasadnieniu rekomendacji Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji podkreśla, że wyniki badań naukowych wskazują na skuteczność interwencji w spowalnianiu tempa progresji choroby. W przeglądzie systematycznym RCT (PS) Kobashi 2017 interwencja CXL w porównaniu z brakiem leczenia w ramieniu kontrolnym wykazała istotnie statystycznie lepsze wyniki dla najlepszej ostrości wzroku z korekcją okularową. Po 12 miesiącach obserwacji średnia różnica wartości skorygowanej ostrości wzroku dla CXL vs komparator wyniosła -0,09 logMAR. Wyniki dla tego punktu końcowego uzyskane w zidentyfikowanych RCT są zbieżne z wnioskami PS Kobashi 2017. Surogatowym punktem końcowym, bezpośrednio powiązanym z CXL jest pomiar krzywizny rogówki (Kmax). W badaniach omówionych w PS Kobashi 2017 wykazano dla Kmax przewagę dla CXL względem braku leczenia. Wyniki prezentowane w każdym z pozostałych włączonych do analizy RCT także wskazują na korzyści dla pacjenta. | Wejście w życie z dnia 1 sierpnia 2023 r. | <https://www.dziennikustaw.gov.pl/D2023000147701.pdf> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 138/2023/DSOZ  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 19 września 2023 r.  zmieniające zarządzenie w sprawie programu pilotażowego dotyczącego opieki nad świadczeniobiorcą  w ramach sieci kardiologicznej | Zarządzenie zmieniające Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego dotyczącego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej określa zmienione warunki realizacji umów o realizację programu pilotażowego dotyczącego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2021 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej (Dz. U. poz. 880, z późn.zm.). Wydanie niniejszego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia związane jest  z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 sierpnia 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej (Dz.U.  poz.1721).  W odniesieniu do zarządzenia dotychczas obowiązującego:  1) umożliwiono zawieranie umów ze świadczeniodawcami na udzielanie świadczeń, o których mowa w § 13 ust. 2 rozporządzenia którzy realizują umowy w zakresie:  a) kardiologia – hospitalizacja,  b) przezcewnikowa nieoperacyjna naprawa zastawki mitralnej u chorych wysokiego ryzyka,  c) przezskórne lub z innego dostępu wszczepianie zastawek serca  - w rodzaju leczenie szpitalne lub leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne, po spełnieniu przez świadczeniodawcę wymagań określonych w § 2 pkt 6 rozporządzenia.  W celu sfinansowania świadczeń o których mowa powyżej, jeżeli wartość wykonanych świadczeń, przekroczy kwotę zobowiązania dla danego zakresu, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych i kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy;  2) świadczeniodawcy mają możliwość podpisania umowy na realizację pilotażu sieci kardiologicznej także w trakcie trwania pilotażu.  Rozliczenie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach pilotażu z zastosowaniem współczynników korygujących odbywa się zgodnie z umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dotyczącymi systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zawartymi w ramach leczenia kardiologicznego, ze świadczeniodawcami w zakresie leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej a w przypadku realizacji świadczeń o których mowa w § 13 ust 2 przez regionalny ośrodek koordynujący albo ośrodek współpracujący poziomu II również w leczeniu szpitalnym.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 20 września 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/2015/Zarzadzenie-138_2023_DSOZ> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 137/2023/DSM  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 18 września 2023 r.  zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne | Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne, stanowi wykonanie  upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).  Niniejszym zarządzeniem wprowadzono zmiany załącznika nr 2 do zarządzenia, stanowiącego wzór umowy o udzielanie w rodzaju ratownictwo medyczne. Przedmiotowa zmiana wzoru umowy polega na wykreśleniu jednostek redakcyjnych umowy w odniesieniu do przepisów § 16 „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1194) w rozdziale "Warunki finansowania świadczeń" oraz "Kary umowne".  Z uwagi na fakt, iż obecnie wysokość ryczałtu dobowego dla podstawowych i specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego wynika z wyceny opracowanej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, która uwzględnia wszystkie koszty funkcjonowania zespołów ratownictwa medycznego, usunięcie ze wzoru umowy ww. zapisów jest uzasadniona.  Z uwagi, iż zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem mają charakter porządkujący, projekt przedmiotowego zarządzenia nie został poddany konsultacjom określonym w przepisach art. 146 ust. 2 ustawy  o świadczeniach oraz w § 2 ust. 3 OWU.  Zarządzenie wchodzi w życie po upływie 30 dni po dniu podpisania.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 19 października 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/2011/Zarzadzenie-137_2023_DSM> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 136/2023/DSM  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 18 września 2023 r.  zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny | Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.)1).  Niniejszym zarządzeniem wprowadzono zmiany załącznika nr 2 do zarządzenia, stanowiącego wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – pomoc doraźna i transport sanitarny w zakresie świadczenia  udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N”/ świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego. Przedmiotowa zmiana wzoru umowy polega na wykreśleniu jednostek redakcyjnych umowy w odniesieniu do przepisów § 16 „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1194)2) w rozdziale "Warunki finansowania świadczeń" oraz "Kary umowne".  Z uwagi na fakt, iż obecnie wysokość ryczałtu dobowego dla wyjazdowych zespołów sanitarnych typu „N” oraz zespołów transportu medycznego wynika z wyceny opracowanej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, która uwzględnia wszystkie koszty funkcjonowania tych zespołów, usunięcie ze wzoru umowy ww. zapisów jest uzasadnione.  Z uwagi, iż zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem mają charakter porządkujący, projekt przedmiotowego zarządzenia nie został poddany konsultacjom określonym w przepisach art. 146 ust. 2 ustawy  o świadczeniach oraz w § 2 ust. 3 OWU.  Zarządzenie wchodzi w życie po upływie 30 dni po dniu podpisania.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.  1) dalej: "ustawa o świadczeniach"  2) dalej: "OWU” | Wejście w życie 19 października 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/2007/Zarzadzenie-136_2023_DSM> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 135/2023/DSOZ  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 15 września 2023 r.  zmieniające zarządzenie w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w zakresie koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami | Niniejsze zarządzenie wprowadza zmiany w zarządzeniu Nr 135/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 września 2020 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w zakresie koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami, które dotyczą zmiany wyceny zakresu świadczeń określonych w załączniku nr 2 do zarządzenia – Katalogu produktów rozliczeniowych programu pilotażowego w zakresie koordynowanej opieki medycznej nad chorymi  z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami.  Wprowadzone niniejszym zarządzeniem zmiany dotyczą zwiększenia wyceny poszczególnych produktów rozliczeniowych, zgodnie z § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami (Dz. U. poz.1780).  W celu zapewnienia zgodności z § 2 ww. rozporządzenia z dnia 29 sierpnia 2023 r., zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania i ma zastosowanie do rozliczania świadczeń opieki  zdrowotnej udzielanych w ramach programu pilotażowego od dnia 1 lipca 2023 r. Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 16 września 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/2003/Zarzadzenie-135_2023_DSOZ> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 133/2023/DSOZ  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 11 września 2023 r.  zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne  – świadczenia kompleksowe | Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 2/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne –  świadczenia kompleksowe, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.  Mając na względzie wniosek racjonalizacyjny Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w zakresie wprowadzenia nowych procedur w programie KOS-Zawał, zmiany dokonane w niniejszym zarządzeniu obejmują:  1) w zakresie § 10 - zmiana porządkująca polegająca na dodaniu przepisów ust. 2a i 2b potwierdzających finansowanie świadczeń w ramach umowy PSZ w zakresie dotyczącym programów lekowych lub na podstawie odrębnej umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe;  2) w zakresie w § 13:  a) pkt 14 - zmiana porządkująca polegająca na dodaniu przepisu (lit. h) umożliwiającego premiowanie świadczeniodawców z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,1, którzy osiągnęli cel terapeutyczny uzyskując co najmniej 40% odsetek pacjentów, u których w momencie zakończenia programu wykazano obniżenie poziomu cholesterolu LDL ≤ 55 mg/dl;  b) pkt 15 - przepis umożliwia rozliczanie produktu o kodzie 5.56.01.0000001 – „Produkt premiowy KOS-zawał” dla świadczeniodawcy spełniającego warunek o którym mowa w § 13 pkt 14 lit. h;  3) dodanie § 14a umożliwiającego sprawozdawanie produktu sprawozdawczego: 5.52.01.0001574 Monitorowanie leczenia – wykonanie lipidogramu każdorazowo przy jednoczesnym rozliczaniu produktów rozliczeniowych: 5.53.01.0005009 Wizyta koordynująca – kontrolna oraz 5.52.01.0001507 Specjalistyczna opieka kardiologiczna. Badanie kontrolne powinno być wykonane pomiędzy 6 a 10 tygodniem od zmiany leczenia hipolemizującego, aż do osiągnięcia docelowego stężenia cholesterolu (LDL);  5) w załączniku nr 1k – Katalog produktów rozliczeniowych dedykowanych do rozliczania świadczeń kompleksowych:  a) w lp. 15 Monitorowanie – w uwagach dodatkowych dodano: wystawienie skierowania na badanie lipidogramu, podczas wizyty koordynującej - kontrolnej, które powinno być wykonane w okresie pomiędzy  6 a 10 tygodniem od zmiany leczenia hipolemizującego;  b) w lp. 26 Monitorowanie – w uwagach dodatkowych: dodano wykonanie niezbędnych badań laboratoryjnych w tym lipidogramu podczas ostatniej porady Specjalistycznej opieki kardiologicznej, a także monitorowanie leczenia hipolemizującego zgodnie z § 14a;  6) zmiany w zakresie załącznika nr 2 do zarządzenia, stanowiącego wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe polegajace na ujednoliceniu przepisów z przepisami zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe, jak również konieczność dostosowania postanowień umowy do § 31 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1194);  7) w załączniku nr 4 - Opis przedmiotu umowy (załącznik nr 2 do zarządzenia):  a) w lp. 2.2 Organizacja udzielania świadczeń - Leczenie: dodano pkt 4: Leczenie farmakologiczne:  w przypadku spełnienia przez pacjenta kryteriów do objęcia leczeniem w ramach programu lekowego – możliwość finansowania świadczenia w ramach umowy PSZ w zakresie dotyczącym programów lekowych lub  na podstawie odrębnej umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe;  b) w lp. 2.2 Organizacja udzielania świadczeń - Monitorowanie: dodano - wykonanie badań elektrokardiograficznych i badań laboratoryjnych: morfologia krwi, stężenie potasu we krwi, stężenie kreatyniny we krwi, stężenie białka C-reaktywnego (CRP), wystawienie skierowania na badanie lipidogramu, które powinno być wykonane w okresie pomiędzy 6 a 10 tygodniem od zmiany leczenia hipolemizującego, a także edukację pacjenta przez personel pielęgniarski; oraz porady specjalistycznej kończącej opiekę w ramach KOS-Zawał, - wykonanie niezbędnych badań laboratoryjnych, w tym lipidogramu, w przypadku nieosiągnięcia celu terapeutycznego wizyta kontrolna powinna być sprawozdawana każdorazowo,  c) w części - Parametry jakościowe do oceny udzielania świadczeń - dodano punkt 9 dotyczący odsetka pacjentów, u których w momencie zakończenia programu wykazano obniżenie poziomu cholesterolu LDL ≤  55 mg/dl.  Skutek finansowy po stronie płatnika publicznego dla wprowadzonych zmian w niniejszym zarządzeniu nie jest możliwy do oszacowania.  Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1194), został poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 7 dni. Okres ten został skrócony z uwagi na słuszny interes stron. W ramach konsultacji projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom w dziedzinie kardiologii (krajowemu i wojewódzkiemu), samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Krajowa Izba  Fizjoterapeutów, Naczelna Izba Aptekarska) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach.  W toku uzgodnień nad przedłożonym projektem zarządzenia, 4 podmioty (Konsultant Wojewódzki w dziedzinie kardiologii, Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu  Medycznego w Katowicach, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu, Polskie Towarzystwo Kardiologiczne) - zgłosiło 21 uwag i opinii. Na wniosek konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie kardiologii, którego zasadność wniosku została potwierdzona przez konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii, wprowadzono zmianę w zakresie terminu wykonania lipidogramu w okresie od 6 do 10 tygodnia od zmiany leczenia hipolemizującego, aż do osiągnięcia docelowego stężenia cholesterolu (LDL). Zmiana ta znajduje również uzasadnienie w wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) oraz w piśmiennictwie. Jeden podmiot (Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych) nie zgłosił żadnych uwag.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.  Przepisy zarządzenia, o których mowa w § 1, w brzmieniu wynikającym z niniejszego zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 września 2023 r.  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania | Wejście w życie 12 września 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1998/Zarzadzenie-133_2023_DSOZ> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 132/2023/DSOZ  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 11 września 2023 r.  zmieniające zarządzenie w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia  psychicznego | Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia wynikającego z art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 48e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).  Wydanie zarządzenia zmieniającego zarządzenie Nr 55/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2020 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego wynika z wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lipca 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. poz. 1288).  W związku z powyższym, w § 6 ust. 1 pkt 5 nowelizowanego zarządzenia, wprowadzono zmianę polegającą na wykreśleniu w przepisie wyrazów "bez postanowień określających finansowanie". Jednocześnie w ww.  przepisie po pkt 8 dodano nową jednostkę redakcyjną, zgodnie z którą realizator pilotażu w postępowaniu o zawarcie z Funduszem umowy o udzielanie świadczeń w ramach programu pilotażowego obowiązany jest do przedłożenia kopii ofert dotyczących podwykonawstwa w realizacji pilotażu, o których mowa w § 11 ust. 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 2086, z późn.zm.).  W związku z wprowadzeniem możliwości wliczenia miejsc oddziału dziennego psychiatrycznego rehabilitacyjnego dla dorosłych do wymaganej liczby miejsc w oddziałach dziennych celem zabezpieczenia świadczeniobiorcom dostępu do świadczeń, o czym mowa w § 9a ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r., zmodyfikowano § 12 ust. 3a zarządzenia w zakresie obowiązku prowadzenia odrębnego harmonogramu także dla przedmiotowej komórki organizacyjnej. Jednocześnie w załączniku nr 3 Katalog produktów sprawozdawczych w zakresie świadczenia opieki zdrowotnej w centrach zdrowia psychicznego dodano produkt sprawozdawczy umożliwiający sprawozdawanie wykonanych świadczeniobiorcy z obszaru działania centrum, świadczeń w ramach oddziału dziennego psychiatrycznego rehabilitacyjnego dla dorosłych.  W konsekwencji ww. zmiany wprowadzono modyfikacje w zakresie § 12 ust. 4 zarządzenia zmienianego.  W związku z wątpliwościami oddziałów wojewódzkich Funduszu dotyczącymi sposobu postępowania w przypadku zaistnienia potrzeby wprowadzenia zmian do umów o udzielanie świadczeń w ramach pilotażu  (np. w przypadku konieczności poszerzenia obszaru działania centrum, wprowadzenia do umowy nowej komórki organizacyjnej albo jej usunięcia czy też innej sytuacji wymuszającej takie zmiany), w § 6 dodano  przepis (ust. 10) zgodnie z którym w przypadku zmiany umowy o realizację pilotażu odpowiednio zastosowanie będzie miał przepis § 5 dotyczący trybu wnioskowego przed podpisaniem stosownego aneksu.  Dodatkowo, w celu wyeliminowania wątpliwości interpretacyjnych oraz potrzebą ujednolicenia przepisów (z § 31 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - Dz. U. z 2022 r. poz. 787, z późn. zm.) w § 6 ust. 2 załącznika nr 2 do zarządzenia, stanowiącego wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach pilotażu w centrach zdrowia psychicznego, wprowadzono zmianę polegającą na doprecyzowaniu zakresu recept.  Jednocześnie w załączniku nr 3 do zarządzenia - w zakresie świadczenia pomoc doraźna i porada lekarska diagnostyczna, wprowadzono nowe produkty sprawozdawcze dotyczące badań laboratoryjnych obrazowych  i elektrofizjologicznych, do sprawozdawania do Funduszu w przypadku ich udzielenia świadczeniobiorcy.  Wprowadzone zmiany wpisują się w kluczowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia cele określone w Strategii na lata 2019-2023, m.in. (cel 2) - Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.  Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zgodnie  z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2023 r. poz. 1194), został przedstawiony do konsultacji zewnętrznych. W ramach konsultacji publicznych projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, pełnomocnikom Ministra Zdrowia do spraw reformy w psychiatrii dzieci i młodzieży oraz do spraw psychiatrii sądowej, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych), reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.  W ramach konsultacji opinię wyraziło 7 podmiotów (w tym 2 podmioty złożyły uwagi po terminie). Łącznie otrzymano 9 stanowisk.  Uwagi do projektu zarządzenia dotyczyły: wyłączenia z obowiązku przedstawienia odrębnego harmonogramu dla świadczeń dziennych psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dorosłych; rozszerzenia przepisu regulującego kody specjalistów wpisywanych do harmonogramów, o kod specjalisty psychoterapii uzależnień; wprowadzenia obowiązku realizatora pilotażu przedstawienia do weryfikacji umowy o podwykonawstwo albo zobowiązanie podwykonawstwa, a także kopii ofert przedstawionych poszczególnym świadczeniodawcom realizującym świadczenia opieki zdrowotnej na obszarze działania centrum zdrowia psychicznego w zakresach tożsamych z zakresami programu pilotażowego, bez wyłączenia warunków finansowych oraz zastrzeżenia do wprowadzenia produktów sprawozdawczych w zakresie zrealizowanych badań laboratoryjnych, obrazowych oraz elektrofizjologicznych. Żadna uwaga nie została uwzględniona. | Wejście w życie 12 września 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1994/Zarzadzenie-132_2023_DSOZ> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 129/2023/DSOZ  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 1 września 2023 r.  zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 | Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 217/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (z późn. zm.) jest wykonaniem polecenia Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2023 r., znak:  DLU.736.240.2022DLU.736.240.2022.KB, zmieniającym polecenia z dnia 2 marca 2021 r.  W związku z zakończeniem obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego, a tym samym utratą uprawnienia farmaceutów do badania kwalifikacyjnego poprzedzającego szczepienie i realizację szczepień przeciwko wirusowi SARS-CoV-2, Minister Zdrowia zmienił polecenia z dnia 2 marca 2021 r., wprowadzając ostateczny terminu rozliczeń z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 szczepień ochronnych na wirusa SARS-CoV-2 w aptekach ogólnodostępnych.  Mając na uwadze powyższe podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną wpisany do wykazu, podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, w celu rozliczenia szczepień przeciwko SARS-CoV-2 wykonanych do 30 czerwca 2023 r., zobowiązany jest do przekazania dokumentów rozliczeniowych, w terminie do 20 września 2023 r.  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania. | Wejście w życie 2 września 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1989/Zarzadzenie-129_2023_DSOZ> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 128/2023/DSOZ  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 31 sierpnia 2023 r.  zmieniające zarządzenie w sprawie umów o realizację programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” | Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 109/2021/BPZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 czerwca 2021 r. w sprawie zawarcia umów o realizację programu pilotażowego „Profilaktyka  40 PLUS”, stanowi wykonanie upoważnienia określonego w art. 48e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561,  z późn. zm.) i jest zgodne ze Strategią Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 realizując założenia celu nr 2.4 „Zwiększenie zakresu działań profilaktycznych”.  Konieczność zmiany ww. zarządzenia wynika z wejścia w życie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2023 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” (Dz. U. poz. 1744), które przedłuża do dnia 31 grudnia 2023 r. możliwość przydzielenia świadczeniobiorcy terminu udzielenia świadczenia w ramach pilotażu poza centralną elektroniczną rejestracją - czyli na zasadach określonych obecnie do dnia 31 sierpnia 2023 r. | Wejście w życie 1 września 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1981/Zarzadzenie-128_2023_DSOZ> |
| Zarządzeni | ZARZĄDZENIE NR 127/2023/DSOZ  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 31 sierpnia 2023 r.  zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej | Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 136c ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), na mocy którego Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia upoważniony jest do określenia szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.  Niniejszym zarządzeniem wprowadzono zmiany w zarządzeniu Nr 172/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 grudnia 2022 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.  Zmiany w ww. regulacji są następstwem wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lipca 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1477 ) oraz nowelizacji zarządzenia Nr 1/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.), zwanego dalej "zarządzeniem szpitalnym".  W związku z powyższym zmieniono brzmienie w § 12 ust. 1, umożliwiając świadczeniodawcom wnioskowanie co kwartał o zwiększenie kwoty zobowiązania w umowie o udzielanie świadczeń do kwoty  zgodnej z wartością zrealizowanych świadczeń związanych z leczeniem chirurgicznym raka błony śluzowej macicy z zastosowaniem systemu robotowego, leczeniem chirurgicznym raka jelita grubego z zastosowaniem  systemu robotowego, leczeniem chirurgicznym z zastosowaniem systemu robotowego nowotworu złośliwego gruczołu krokowego.  Biorąc pod uwagę powyższe dokonano modyfikacji załącznika nr 1 do zarządzenia, polegającej na dodaniu zakresów dla ww. świadczeń, odpowiadającym zarządzeniu szpitalnym.  Dodatkowo w załączniku nr 1 dodano zakres: nadzór telemetryczny nad pacjentami z implantowanymi urządzeniami wszczepialnymi, który może być realizowany w poradniach przyszpitalnych, zgodnie  z zarządzeniem w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.  Ponadto wprowadzono zmiany we wzorach wniosków dotyczących procesu procedowania dokumentów w ramach ratunkowego dostępu to technologii lekowej (RDTL), określonych w załącznikach do niniejszego zarządzenia:  1) załącznik nr 2 – Wniosek świadczeniodawcy do konsultanta krajowego lub wojewódzkiego o zastosowanie leku w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej,  2) załącznik nr 3 – Opinia konsultanta krajowego lub wojewódzkiego w sprawie zastosowania u świadczeniobiorcy leku w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych (RDTL), 3) załącznik nr 4 – Informacja do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w sprawie kontynuacji leczenia pacjenta lekiem w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej.  Wprowadzone zmiany mają charakter doprecyzowujący i porządkowy.  Wprowadzone zmiany wpisują się w realizację celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania i stosuje się do świadczeń udzielanych od 1 września 2023 r. | Wejście w życie z dniem 1 września 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1977/Zarzadzenie-127_2023_DSOZ> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 126/2023/DSOZ  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 31 sierpnia 2023 r.  zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne | Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), zwanej dalej "ustawą o świadczeniach".  Niniejszym zarządzeniem wprowadza się zmiany w zarządzeniu Nr 1/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.), w związku z wejściem w życie od 1 sierpnia 2023 r. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lipca 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1477 ), zwanego dalej "rozporządzeniem". Wprowadzone zarządzeniem zmiany dotyczą:  1. W załączniku nr 1a do zarządzenia utworzono nowe grupy: F45R - Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego i M22R - Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy z zastosowaniem systemu robotowego, których charakterystyka została wprowadzona do załącznika nr 9 do zarządzenia. Wartość punktowa nowych grup została wprowadzona na podstawie wyceny opracowanej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i przekazanej przez Ministerstwo Zdrowia pismem z dnia 1 sierpnia 2023 r. znak: DIWP.07.23.2023.JC.  2. W załączniku nr 1b do zarządzenia wprowadzono nowe produkty rozliczeniowe:  - 5.52.01.0001575 - Operacja stożka rogówki metodą cross-linking  - 5.52.01.0001576 - Kontrolna porada specjalistyczna po operacji stożka rogówki metodą cross-linking  Wartość punktowa nowych produktów została wprowadzona na podstawie wyceny opracowanej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i przekazanej przez Ministerstwo Zdrowia pismem z dnia 21 sierpnia 2023 r. znak: DLG.742.17.2022.  3. W załączniku nr 3 do zarządzenia do katalogu zakresów świadczeń w leczeniu szpitalnym dodano nowe zakresy skojarzone:  Chirurgia ogólna - hospitalizacja - F45R,  Chirurgia ogólna - hospitalizacja planowa - F45R,  Chirurgia onkologiczna - hospitalizacja - F45R,  Chirurgia onkologiczna specjalistyczna - hospitalizacja - F45R,  Chirurgia onkologiczna - hospitalizacja planowa - F45R,  Chirurgia onkologiczna - hospitalizacja - M22R,  Chirurgia onkologiczna specjalistyczna - hospitalizacja - M22R,  Chirurgia onkologiczna - hospitalizacja planowa - M22R,  Chirurgia onkologiczna - hospitalizacja - L31R,  Chirurgia onkologiczna specjalistyczna - hospitalizacja - L31R,  Chirurgia onkologiczna - hospitalizacja planowa - L31R,  Ginekologia onkologiczna - hospitalizacja - M22R,  Ginekologia onkologiczna - hospitalizacja planowa - M22R,  Położnictwo i ginekologia - hospitalizacja - M22R,  Położnictwo i ginekologia - hospitalizacja planowa - M22R,  Położnictwo i ginekologia - hospitalizacja II poziom referencyjny - M22R,  Położnictwo i ginekologia - hospitalizacja III poziom referencyjny - M22R,  Położnictwo i ginekologia - hospitalizacja (wyłącznie ginekologia) - M22R,  Położnictwo i ginekologia - hospitalizacja planowa (wyłącznie ginekologia) - M22R  Urologia - hospitalizacja - L31R,  Urologia - hospitalizacja specjalistyczna - L31R,  Urologia - hospitalizacja planowa - L31R.  3. Biorąc pod uwagę powyższe, w zakresie §12 ust. 1 i 3 zarządzenia dokonano niezbędnych zmian, polegających na wyodrębnieniu zakresów skojarzonych dla świadczeń: Leczenie chirurgiczne raka błony śluzowej macicy z zastosowaniem systemu robotowego, Leczenie chirurgiczne raka jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego, Leczenie chirurgiczne z zastosowaniem systemu robotowego nowotworu złośliwego gruczołu krokowego, o których mowa w Lp. 62, 63, 58, rozporządzenia oraz umożliwiono na wniosek świadczeniodawcy cokwartalne zwiększanie kwoty zobowiązania w umowie o udzielanie świadczeń do kwoty zgodnej z wartością zrealizowanych świadczeń.  Wyodrębnienie produktów rozliczeniowych związanych z realizacją poszczególnych świadczeń wykonywanych z wykorzystaniem systemu robotowego do zakresów skojarzonych jest zgodne z rekomendacją Ministerstwa Zdrowia i ma na celu umożliwienie zastosowania odmiennej ceny niż cena w zakresie podstawowym. W celu ujednolicenia zasad rozliczenia świadczeń z zastosowaniem systemu robotowego wyodrębniono zakresy skojarzone również dla świadczenia L31R - Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego. Powyższe ułatwi nadzór Funduszu nad realizacją przedmiotowych świadczeń oraz prowadzenie rejestru zabiegów z zastosowaniem systemu robotowego.  4. Odpowiednie zmiany w zakresie nowych świadczeń gwarantowanych zostały dokonane także w załączniku nr 3a do zarządzenia.  5. Usunięto z załącznika 3b do zarządzenia produkty rozliczeniowe L31R - Radykalna prostatektomia z zastosowaniem systemu robotowego. Zostały one przeniesione z zakresów: "pakiet onkologiczny", "poza pakietem onkologicznym" do nowo utworzonych zakresów skojarzonych w załączniku nr 3 do zarządzenia.  Jednocześnie w załączniku 1a do zarządzenia po dokonaniu kwerendy dla zabiegów prostatektomii za okres 3 lat usunięto możliwość rozliczania JGP L31, L31L i L31R w zakresach dziecięcych. Ponadto usunięto grupy PZS01, PZS02 i PZS03, których umieszczenie w katalogu produktów onkologicznych - pakiet onkologiczny stanowiło oczywistą omyłkę. Potwierdziła to kwerenda SI Funduszu za ostatnie 4 lata, która wykazała, że przedmiotowe produkty nie były sprawozdane w pakiecie onkologicznym (wyłącznie w zakresach skojarzonych dedykowanych PZS01 – PZS01). Pozostałe zmiany w załączniku nr 3b miały charakter porządkujący i techniczny.  Skutek finansowy po stronie płatnika publicznego wynikający z wprowadzenia świadczeń gwarantowanych Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego oraz Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego macicy z zastosowaniem systemu robotowego, przy przyjęciu, że 17% spośród obecnie realizowanych świadczeń zostanie wykonanych z zastosowaniem systemu robotowego, wynosi 53,5 mln zł rocznie. Skutek finansowy dla świadczenia Operacja stożka rogówki metodą cross-linking wynosi ok. 2,5 mln zł rocznie.  Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (z 3.08.2023 r.), zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1194), został poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 7 dni. Kolejny projekt z dnia 22.08.2023 r. został poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 3 dni. Okres ten został skrócony z uwagi na słuszny interes stron. W ramach konsultacji projekty zostały przedstawione do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Krajowa Izba Fizjoterapeutów, Naczelna Izba Aptekarska) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach.  W wyniku konsultacji dotyczących pierwszego projektu zarządzenia z 3.08.2023 r. dwa podmioty zgłosiły 4 uwagi i opinie. Uwagi te nie zostały uwzględnione w ostatecznym kształcie zarządzenia. Ponadto dwa podmioty nie zgłosiły żadnych uwag.  W toku uzgodnień projektu zarządzenia z 22.08.2023 r. wpłynęła uwaga, która nie odnosi się do przedmiotu przedłożonego projektu, wobec czego nie została uwzględniona w ostatecznym kształcie zarządzenia. Poza tym dwa podmioty poinformowały, że nie zgłaszają uwag.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.  Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 września 2023 r.  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania. | Wejście w życie 1 września 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1973/Zarzadzenie-126_2023_DSOZ> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 125/2023/DI  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 30 sierpnia 2023 r.  zmieniające zarządzenie w sprawie finansowania działań w celu podniesienia poziomu bezpieczeństwa  teleinformatycznego u świadczeniodawców | Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenie Nr 8/2023/BBIICD Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 stycznia 2023 r. w sprawie finansowania działań w celu podniesienia poziomu bezpieczeństwa teleinformatycznego u świadczeniodawców stanowi wykonanie decyzji Ministra Zdrowia z dnia 22 sierpnia 2023 r. znak: DIWP.07.5.2022.KW. jako decyzji zmieniającej decyzję Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2022 r. znak: DIWP.07.5.2022.KW, wydanej na podstawie art. 11h ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID- 19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych Dz. U. z 2023 r. poz. 1327, z późn.zm. (zmienionej także decyzją Ministra Zdrowia z dnia 8 sierpnia 2022 r. znak: DIWP.07.5.2022.KW, z dnia 2 września 2022 r. znak: DIWP.07.5.2022.KW, z dnia 22 grudnia 2022 r. znak: DIWP.07.5.2022.KW, z dnia 5 czerwca 2023 r. znak: DIWP.07.5.2022.KW, z dnia 2 sierpnia 2023 r. znak: DIWP.07.5.2022.KW).  Wprowadzone zmiany w ww. zarządzeniu mają na celu usunięcie wątpliwości interpretacyjnych dotyczących możliwości sfinansowania nowych działań przez beneficjentów, którzy skorzystali z finansowania  działań w celu podniesienia poziomu bezpieczeństwa teleinformatycznego w ubiegłym roku. | Wejście w życie 31 sierpnia 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1969/Zarzadzenie-125_2023_DI> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 123/2023/DSM  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 21 sierpnia 2023 r.  zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie  świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie świadczenia w izbie przyjęć | Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.  Wprowadzone niniejszym zarządzeniem zmiany mają na celu zwiększenie wartości stawek ryczałtów dobowych określonych dla SOR i IP i są realizacją zobowiązania nałożonego przez Ministra Zdrowia na Prezesa NFZ (pismo z dnia 8 sierpnia 2023 r.; znak: DLG.7802.3.2023.MN). Nowa wycena ma zostać zastosowana od dnia 1 sierpnia 2023 r. i wynika z opracowania przygotowanego przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie weryfikacji aktualnego sposobu i poziomu finansowania świadczeń w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym oraz Izbie Przyjęć w aspekcie zabezpieczenia ich funkcjonowania..  Celem realizacji powyższego, zmianie uległy wartości wag punktowych poszczególnych kategorii stanu zdrowia pacjenta w SOR i IP. Ponadto, zgodnie z ww. opracowaniem Agencji Oceny Technologii Medycznych  i Taryfikacji, zmianie ulega również stawka bazowa określona dla SOR oraz minimalna stawka bazowa wskazana dla IP.  Z uwagi, iż zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem wynikają z zaakceptowanego przez Ministerstwo Zdrowia opracowania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i dotyczą tylko  i wyłącznie zwiększenia poziomu finansowania SOR i IP, projekt przedmiotowego zarządzenia nie został poddany konsultacjom określonym w przepisach art. 146 ust. 2 ustawy o świadczeniach oraz w § 2 ust. 3 „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 787, z późn. zm.).  Zarządzenie wchodzi w życie w dniu następującym po dniu podpisania, a jego przepisy stosuje się do świadczeń udzielanych od dnia 1 sierpnia 2023 r.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 22 sierpnia 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1961/Zarzadzenie-123_2023_DSM> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 122/2023/DGL  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 21 sierpnia 2023 r.  zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia | Zarządzenie stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), zwanej dalej "ustawą o świadczeniach".  Postanowieniami zarządzenia wprowadza się zmiany w zarządzeniu Nr 17/2022/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 lutego 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów  w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia, dotyczące załącznika nr 1t - katalog refundowanych substancji czynnych, w części B, tj. substancji czynnych zawartych w lekach czasowo niedostępnych w obrocie na terytorium RP i polegają na dodaniu świadczenia o kodzie: 5.08.05.0000219 - imatinibum - p.o. – 100 mg z wartością 3,78, w związku z pismem Ministra Zdrowia znak: PLR.4500.60.2023.SK z dnia 3 sierpnia 2023 r.  Oznaczenie stosowania przepisów do rozliczania świadczeń w sposób wskazany w § 2 zarządzenia, wynika z konieczności zapewnienia ciągłości stosowania przepisów w przedmiotowym zakresie oraz z terminów obowiązywania decyzji administracyjnych Ministra Zdrowia w sprawie objęcie refundacją i określenia ceny urzędowej leków zawartych w niniejszym zarządzeniu.  Wobec powyższego, przepisy zarządzenia stosuje się do świadczeń udzielanych od dnia 28 czerwca 2023 r.  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.  Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący.  Z uwagi na to, iż zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem mają charakter dostosowujący, porządkujący oraz wynikają ze zmiany przepisów prawa, projekt przedmiotowego zarządzenia nie został poddany konsultacjom społecznym.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia  na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 22 sierpnia 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1957/Zarzadzenie-122_2023_DGL> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 121/2023/DI  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 14 sierpnia 2023 r.  zmieniające zarządzenie w sprawie finansowania działań w celu podniesienia poziomu bezpieczeństwa  teleinformatycznego u świadczeniodawców | Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenie Nr 8/2023/BBIICD Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 stycznia 2023 r. w sprawie finansowania działań w celu podniesienia poziomu bezpieczeństwa teleinformatycznego u świadczeniodawców stanowi wykonanie decyzji Ministra Zdrowia z dnia 2 sierpnia 2023 r. znak: DIWP.07.5.2022.KW. jako decyzji zmieniającej decyzję Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2022 r. znak: DIWP.07.5.2022.KW, wydanej na podstawie art. 11h ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID- 19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych Dz. U. z 2023 r. poz. 1327, z późn.zm. (zmienionej także decyzją Ministra Zdrowia z dnia 8 sierpnia 2022 r. znak: DIWP.07.5.2022.KW, z dnia 2 września 2022 r. znak: DIWP.07.5.2022.KW, z dnia 22 grudnia 2022 r. znak: DIWP.07.5.2022.KW, z dnia 5 czerwca 2023 r. znak: DIWP.07.5.2022.KW).  Wprowadzone zarządzenie określa zasady finansowania działań w celu podniesienia poziomu bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych świadczeniodawców dla umów złożonych na podstawie wniosków o dodatkowe finansowanie. | Wejście w życie 15 sierpnia 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1953/Zarzadzenie-121_2023_DI> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 119/2023/DSOZ  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 8 sierpnia 2023 r.  zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne | Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenie sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne, dotyczy zmiany zarządzenia nr 60/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne i stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561,  z późn. zm.), zwanej dalej "ustawą o świadczeniach".  W niniejszym zarządzeniu proponowana jest zmiana wyceny świadczeń z zakresu protetyki stomatologicznej w związku z zaleceniem Ministra Zdrowia wskazanym w piśmie z dnia 10 lipca 2023 r. (znak: DGL.7801.14.2022.TK) na podstawie ponownej wyceny świadczeń z zakresu protetyki stomatologicznej sporządzonej przez Prezesa Agencji Technologii Medycznych i Taryfikacji.  Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2023 r. poz. 1194) został przesłany do konsultacji zewnętrznych, w ramach których przedstawiony został do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31b ust. 1 ustawy o świadczeniach do dnia 27 lipca 2023 r. Zgłoszone uwagi dotyczyły zastrzeżeń w zakresie wysokości wyceny świadczeń protetyki stomatologicznej.  Zmiana wyceny świadczeń nie pozostaje w kompetencjach Narodowego Funduszu Zdrowia - uwagi zatem nie zostały uwzględnione.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 9 sierpnia 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1949/Zarzadzenie-119_2023_DSOZ> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 118/2023/DSOZ  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 8 sierpnia 2023 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad pacjentem z zespołem stopy cukrzycowe | Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego opieki nad pacjentem z zespołem stopy cukrzycowej, zwanego dalej „programem pilotażowym”, ma na celu wdrożenie programu pilotażowego opieki nad pacjentem z zespołem stopy cukrzycowej określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad pacjentem z zespołem stopy cukrzycowej (Dz. U. poz. 1353), zwanym dalej „rozporządzeniem pilotażowym”.  Celem programu pilotażowego jest ocena organizacji, jakości i efektów opieki nad świadczeniobiorcami z zespołem stopy cukrzycowej w ramach połączonych świadczeń na oddziałach chorób wewnętrznych i chirurgii z pooperacyjną kontrolą procesu gojenia. Leczenie będzie prowadzone przez zespół, w skład którego wchodzą zarówno specjaliści z oddziału zabiegowego (chirurgia ogólna), jak i zachowawczego (chorób wewnętrznych), co w razie pozytywnego efektu może zagwarantować powszechność przyjętego rozwiązania.  Dodatkową korzyścią dla pacjentów, w ramach planu leczenia, będzie zagwarantowanie wizyt kontrolnych, w trakcie których oceniany będzie postęp gojenia.  Do programu pilotażowego mogą zostać zakwalifikowani pacjenci, u których rozpoznano cukrzycę opisaną  następującymi kodami ICD-10:  1) E10 Cukrzyca insulinozależna, lub  2) E11 Cukrzyca insulinoniezależna, lub  3) E12 Cukrzyca związana z niedożywieniem, lub  4) E13 Inne określone postacie cukrzycy, lub  5) E14 Cukrzyca nieokreślona – z towarzyszącym owrzodzeniem na stopie w lokalizacji poniżej kostek - L97 Owrzodzenie kończyny dolnej, niesklasyfikowane gdzie indziej.  W ramach programu pilotażowego zakwalifikowani pacjenci (świadczeniobiorcy) będą leczeni w trybie:  1) hospitalizacji, której składowe określono w § 8 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia pilotażowego,  2) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w poradni diabetologicznej, które odbywać się będą pomiędzy 2. a 21. tygodniem od zakończenia hospitalizacji i obejmować będą składowe wskazane w § 8 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia pilotażowego.  Ośrodkiem odpowiedzialnym za realizację programu pilotażowego będzie Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Szamotułach (realizator programu pilotażowego).  Za efekty zdrowotne, ustalono współczynniki korygujące naliczane od zrealizowanych świadczeń w trybie hospitalizacji, wynoszące od 5-15%.  Program pilotażowy realizowany będzie (łącznie z etapem organizacji) przez 21 miesięcy.  Program pilotażowy zakończy się sporządzeniem raportu końcowego.  W ramach etapu ewaluacji zostanie dokonana analiza mierników oraz wskaźników efektywności i jakości realizowanych świadczeń w ramach programu pilotażowego.  Zgodnie z OSR, szacowany koszt programu pilotażowego zespołu stopy cukrzycowej wyniesie około 6 mln zł.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania. | Wejście w życie 9 sierpnia 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1948/Zarzadzenie-118_2023_DSOZ> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 117/2023/DGL  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 8 sierpnia 2023 r.  zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe | Zarządzenie stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, na mocy którego Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zobowiązany jest do określenia przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe.  Postanowieniami zarządzenia wprowadza się następujące zmiany w zarządzeniu Nr 31/2023/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 lutego 2023 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe (z późn. zm.):  1) w treści § 27 zarządzenia doprecyzowane zostały zasady rozliczania leków stosowanych w programach lekowych ze świadczeniami realizowanymi w oparciu o zarządzenie Prezesa Funduszu w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (analogicznie jak dla świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień),  2) w załączniku nr 3 do zarządzenia, określającym Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu programów lekowych zmianie uległy wymagania dla programu B.147. Leczenie chorych na depresję lekooporną w części organizacja udzielania świadczeń – pozostałe, zmianie uległo brzmienie warunku mającego na celu zapewnienie kompleksowości realizacji świadczeń, gdzie uwzględniono również świadczeniodawców realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego w centrum zdrowia psychicznego.  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.  Z uwagi na fakt, że określone przepisami niniejszego zarządzenia wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach programu lekowego B.147 Leczenie chorych na depresję lekooporną były przedmiotem konsultacji społecznych w ramach projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  z dnia 30 czerwca 2023 r., a także mając na uwadze, że zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem mają  charakter dostosowujący oraz porządkujący, projekt przedmiotowego zarządzenia nie został poddany konsultacjom społecznym.  Wprowadzone zmiany wpisują się w kluczowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia cele określone w Strategii na lata 2019-2023 jak: (cel 2) poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz (cel 5) poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 9 sierpnia 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1944/Zarzadzenie-117_2023_DGL> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 113/2023/DAII  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 3 sierpnia 2023 r.  zmieniające zarządzenie w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w zakresie monitorowania dzieci i młodzieży z pierwotnymi i wtórnymi niedoborami odporności | Zarządzenie stanowi wykonane przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2022 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie monitorowania dzieci i młodzieży z pierwotnymi i wtórnymi niedoborami odporności (Dz. U. poz. 2601, z póżn. zm.).  Zarządzenie jest podstawą do realizacji programu pilotażowego, którego celem jest ocena efektywności realizacji świadczeń opieki zdrowotnej z wykorzystaniem innowacyjnego urządzenia wielofunkcyjnego do monitorowania dzieci i młodzieży z pierwotnymi i wtórnymi niedoborami odporności, w tym po przebytym zakażeniu wirusem SARS-CoV-2, w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.  W celu realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach pilotażu, realizatorzy zakupują również innowacyjne urządzenie wielofunkcyjne wraz z wyposażeniem dodatkowym. Niezwłocznie, nie później niż w ciągu 2 dni od dnia nabycia urządzeń, realizator pilotażu składa dyrektorowi właściwego oddziału Funduszu sprawozdanie oraz potwierdzone za zgodność z oryginałem kopie dokumentów potwierdzających nabycie i sfinansowanie realizatora pilotażu zakupu urządzeń. W celu rozliczenia zakupu innowacyjnego urządzenia oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu, na podstawie udzielonego dofinansowania oraz sprawozdania realizatora, przekazuje do Centrali Funduszu sprawozdanie z udzielonego dofinansowania.  Wprowadzone zmiany w załącznikach nr 4 i 5 do zarządzenia polegające na usunięciu kolumn z kwotami jednostkowymi z wzorów sprawozdań, zoptymalizują proces ich sporządzania. | Wejście w życie 4 sierpnia 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1940/Zarzadzenie-113_2023_DAiI> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 112/2023/DGL PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 1 sierpnia 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe | Zarządzenie stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.) zwanej dalej "ustawą o świadczeniach", na mocy którego Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zobowiązany jest do określenia przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe.  Postanowieniami zarządzenia wprowadza się zmiany w zarządzeniu Nr 31/2023/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 lutego 2023 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe (z późn. zm.), dostosowujące do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2023 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 lipca 2023 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 49), wydanego na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2555, z późn. zm.).  Najważniejsze zmiany dotyczą:  1) treści § 2 i 7, w których wprowadzono przepisy odnoszące się do udzielania świadczeń w oddziałach dziennych, w związku z możliwością realizacji programu lekowego B.147. Leczenie chorych na depresję lekooporną w oddziale dziennym psychiatrycznym;  2) treści § 9 ust. 4, § 10 ust. 2, § 19 oraz § 20 - w związku ze zmianą opisu programu lekowego: "Leczenie  pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc" oraz możliwością kwalifikacji pacjentów do terapii w ramach ww. programu lekowego przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorób Śródmiąższowych Płuc;  3) treści § 27, gdzie doprecyzowane zostały zasady rozliczania leków stosowanych w programach lekowych ze świadczeniami w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;  4) załącznika nr 1k do zarządzenia, określającego Katalog świadczeń i zakresów i polegają na:  a) zmianie nazw zakresu o kodzie:  - 03.0000.419.02 na Leczenie pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy,  - 03.0000.435.02 na Leczenie pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc,  b) dodaniu zakresów:  - 03.0000.445.02 Leczenie chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL),  - 03.0000.446.02 Leczenie chorych na makroglobulinemię Waldenströma,  - 03.0000.447.02 Leczenie chorych na depresję lekooporną,  - w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  5) załącznika nr 1l do zarządzenia, określającego Katalog ryczałtów za diagnostykę w programach lekowych  i polegają na:  a) zmianie nazw świadczeń o kodach:  - 5.08.08.0000131 na Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka piersi z zastosowaniem  palbocyklibu lub rybocyklibu lub abemacyklibu lub alpelisybu lub talazoparybu lub tukatynibu lub  pembrolizumabu,  - 5.08.08.0000152 na Diagnostyka w programie leczenia pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy –  1 rok terapii,  - 5.08.08.0000153 na Diagnostyka w programie leczenia pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy -  2 i kolejny rok terapii,  - 5.08.08.0000181 na Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc – 1 rok Terapii  -5AFF-4246-85FD-0B1A2C955D8D. PodpisanyStrona 1  - 5.08.08.0000182 na Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc –  2 i kolejny rok terapii,  b) dodaniu świadczeń o kodzie:  - 5.08.08.0000207 Diagnostyka w programie leczenia chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich  (AL) - 1 rok terapii,  - 5.08.08.0000208 Diagnostyka w programie leczenia chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich  (AL) – 2 rok terapii,  - 5.08.08.0000209 Diagnostyka w programie leczenia chorych na makroglobulinemię Waldenströma - 1 rok  terapii,  - 5.08.08.0000210 Diagnostyka w programie leczenia chorych na makroglobulinemię Waldenströma –  2 i kolejny rok terapii,  - 5.08.08.0000211 Diagnostyka w programie leczenia chorych na depresję lekooporną,  c) zmianie wartości punktowej świadczenia o kodzie 5.08.08.0000152 Diagnostyka w programie leczenia  pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy – 1 rok terapii z 3 466,40 na 3 863,90,  - w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym,  6) załącznika nr 1m do zarządzenia, określającego Katalog leków refundowanych stosowanych  w programach lekowych i polegają na:  a) dodaniu kodów GTIN dla substancji czynnych:  - 5.08.09.0000006 Bevacizumabum,  - 5.08.09.0000249 Ponesimodum,  b) wykreśleniu kodów GTIN dla substancji czynnej: 5.08.09.0000015 Entekavirum,  c) usunięciu substancji czynnej i kodu GTIN: 5.08.09.0000202 Dacomitinibum,  d) dodaniu substancji czynnych i kodów GTIN:  - 5.08.09.0000269 Esketaminum,  - 5.08.09.0000270 Isatuximabum,  - 5.08.09.0000271 Tucatinibum,  - 5.08.09.0000272 Zanubrutinibum  w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  7) załącznika nr 2t do zarządzenia, określającego Katalog refundowanych substancji czynnych  w programach lekowych i polegają na:  a) doprecyzowaniu okresu możliwości rozliczania świadczeń o kodach: 5.08.07.0000106 etanerceptum – s.c.  i 5.08.07.0000107 etanerceptum – s.c. do dnia 30 kwietnia 2023 r.  b) doprecyzowaniu okresu możliwości rozliczania świadczenia o kodzie: 5.08.07.0000108 ponesimodum –  p.o. do dnia 30 czerwca 2023 r.,  - zgodnie z terminami wynikającymi z wydanych decyzji Ministra Zdrowia o objęciu refundacją;  8) załącznika nr 3 do zarządzenia, określającego Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu programów lekowych i polegają na:  a) zmianie nazw zakresów: 03.0000.419.02 i 03.0000.435.02 analogicznie, jak wymieniono w pkt 4a uzasadnienia,  b) zmianie wymagań dla programów:  - B.33. Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów w części zapewnienie realizacji badań:  - B.36. Leczenie chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK) w części zapewnienie realizacji badań,  - B.135. Leczenie pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc w części zapewnienie realizacji badań w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym,  - B.144. Leczenie pacjentów z guzami litymi z fuzją genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin  (NTRK) w części organizacja udzielania świadczeń - pozostałe, w związku z uwagą Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Jana Pawła II,  c) dodaniu wymagań dla programów:  - B.145. Leczenie chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL),  - B.146. Leczenie chorych na makroglobulinemię Waldenströma,  - B.147. Leczenie chorych na depresję lekooporną,  - w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  9) załącznika nr 4 do zarządzenia, określającego Wykaz programów lekowych i polegają na:  a) zmianie nazwy programów lekowych dla zakresów: 03.0000.419.02 i 03.0000.435.02 analogicznie, jak wymieniono w pkt 4a uzasadnienia,  b) dodaniu substancji czynnych:  - tukatynib, pembrolizumab w programie lekowym B.9.FM. Leczenie chorych na raka piersi,  - filgotynib, sekukinumab w programie lekowym B.33. Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów,  - tofacytynib w programie lekowym B.36. Leczenie chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK),  - izatuksymab w programie lekowym B.54. Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytowego,  c) usunięciu substancji czynnej dakomitynib w programie lekowym B.6. Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej,  d) dodaniu programów lekowych:  - B.145. Leczenie chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL),  - B.146. Leczenie chorych na makroglobulinemię Waldenströma,  - B.147. Leczenie chorych na depresję lekooporną, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  10) załącznika nr 9 do zarządzenia, określającego Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia biologicznego w chorobach reumatycznych oraz weryfikację jego skuteczności, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  11) załącznika nr 44 do zarządzenia, określającego Skład osobowy Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Chorych na Rdzeniowy Zanik Mięśni, w związku z wnioskiem Przewodniczącej Zespołu Koordynacyjnego;  12) załącznika nr 59 do zarządzenia, określającego Regulamin prac Zespołu Koordynacyjnego do spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  13) dodania załącznika nr 84 do zarządzenia, określającego Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia chorób śródmiąższowych płuc oraz weryfikację jego skuteczności, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  14) dodania załącznika nr 85 do zarządzenia, określającego Skład osobowy Zespołu Koordynacyjnego do spraw Leczenia Chorób Śródmiąższowych Płuc, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym  15) dodania załącznika nr 86 do zarządzenia, określającego Regulamin prac Zespołu Koordynacyjnego do spraw Leczenia Chorób Śródmiąższowych Płuc, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym.  Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący.  Wobec powyższego przepisy zarządzenia stosuje się do świadczeń udzielanych od dnia 1 lipca 2023 r.  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.  Wprowadzone zmiany wpisują się w kluczowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia cele określone w Strategii na lata 2019-2023 jak: (cel 2) poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz (cel 5) poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej.  Zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zasięgnął opinii właściwych konsultantów krajowych, a także zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ustawy o świadczeniach, zasięgnął opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców.  W dniach od 30 czerwca 2023 r. do 14 lipca 2023 r. trwały konsultacje społeczne projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe.  W trakcie konsultacji do ww. projektu zarządzenia odniosły się 24 podmioty, przy czym 11 podmiotów przekazało informację o braku uwag do projektu zarządzenia.  Najważniejsze uwzględnione uwagi dotyczą zmiany załącznika nr 3 do zarządzenia, określającego  Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu programów lekowych w zakresie wymagań dla programów:  1) B.145. Leczenie chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL) w części pozostałe poprzez usunięcie wymogu odnoszącego się do posiadania przez świadczeniodawcę pozytywnej opinii Konsultanta Krajowego w dziedzinie hematologii, w związku z uwagą Konsultanta Krajowego w dziedzinie hematologii,  2) B.147. Leczenie chorych na depresję lekooporną w części:  a) organizacja udzielania świadczeń poprzez zmianę nazewnictwa z oddział leczenia jednego dnia na oddział dzienny,  b) organizacja udzielania świadczeń - pozostałe poprzez dodanie przepisu o konieczności posiadania przez świadczeniodawcę zawartej umowy na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w związku z wnioskiem Świętokrzyskiego OW NFZ.  Dodatkowo, w celu zapewnienia kompleksowości realizacji świadczeń, powyższy przepis został doprecyzowany poprzez wskazanie zakresów:  1) świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych lub  2) świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych lub  3) świadczenia psychiatryczne dla dorosłych  - które zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień są realizowane w komórkach organizacyjnych o kodach resortowych ujętych w wymaganiach wobec świadczeniodawców dla programu lekowego B.147.  Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący. | Wejście w życie 2 sierpnia 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1936/Zarzadzenie-112_2023_DGL> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej | Potrzeba wprowadzenia zmian w załączniku nr 16 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1372, z późn. zm.), zwanym dalej „rozporządzeniem kryterialnym”, wynika z wątpliwości interpretacyjnych dotyczących kryterium procentowego udziału zespołów transportu medycznego, realizujących świadczenia w ramach przedmiotu postępowania: „Świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego”. Zarówno Wojewódzki Sąd Administracyjny w Opolu (wyrok z dnia 22 września 2020 r. - sygn. akt. II SA/Op 171/20), jak i Naczelny Sąd Administracyjny (wyrok z dnia 20 kwietnia 2023 r. - sygn. akt. II GSK 146/21), uznały za prawidłową interpretację, że kryterium: „Procentowy udział zespołów transportu medycznego realizujących świadczenia w ramach danego zakresu świadczeń w składzie 3-osobowym, w tym przez dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych wynosi co najmniej 51%”, powinno być oceniane biorąc pod uwagę procentowy udział czasu realizacji świadczeń przez zespół, nie zaś liczbę zespołów, co pozostaje wbrew intencji i założeń projektodawcy.  Zaproponowane doprecyzowanie przepisu ma na celu rozwiązanie rozbieżności interpretacyjnych kryterium procentowego udziału zespołów transportu medycznego realizujących świadczenia w ramach danego zakresu świadczeń w składzie 3-osobowym oraz przyjęcie jednolitego stanowiska biorącego pod uwagę liczbę zespołów, nie zaś procentowy udział czasu w realizacji świadczeń. Powyższe zapewni zabezpieczenie realizacji świadczeń przez personel w składzie 3-osobowym przez cały okres obowiązywania umowy, tj. 100% czasu pracy zespołu transportu medycznego, zgodnie z § 5 ust. 1 rozporządzenia kryterialnego.  Wejście w życie rozwiązań przewidzianych w projekcie pozwoli na przeprowadzanie przez płatnika publicznego postępowań w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w zakresie świadczeń udzielanych przez zespół transportu medycznego i dokonanie wyboru najkorzystniejszej oferty spośród złożonych w toku postępowania, biorąc pod uwagę ich jakość, kompleksowość, dostępność oraz cenę. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12377052/13006838/13006839/dokument640885.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej | W związku z przejściowym, spowodowanym pandemią, problemem braku zabezpieczenia lekarzy w zespołach specjalistycznych systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM) w okresie od dnia 1 lipca do dnia 31 grudnia 2023 r., planowane jest wyłączenie stosowania kar umownych w tym czasie.  Ponadto w związku z wprowadzeniem regulacji umożliwiającej zawieranie i rozliczanie umów z podmiotami prowadzącymi apteki na realizację zalecanych szczepień ochronnych finansowanych ze środków publicznych zgodnie z art. 19 ust. 2a ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, wprowadza się rozwiązania służące właściwemu wykonaniu umów w tym zakresie.  W odniesieniu do stosowania kar umownych proponuje się dodanie przepisu epizodycznego umożliwiającego czasowe wyłączenie przepisów dotyczących nakładania kar umownych w przypadku nie posiadania przez specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego lekarza systemu PRM. Wskazany okres pozwoli na możliwość skutecznego przeprowadzenia postępowań rekrutacyjnych do pracy w zespołach ratownictwa medycznego i zapobiegnie stratom finansowym z tytułu kar umownych i podatków od tych kar koniecznych do odprowadzenia.  Projekt przewiduje dodanie odpowiednich przepisów regulujących kwestie rozliczania świadczeń – realizacji zalecanych szczepień ochronnych przez apteki oraz wyłączenie stosowania określonych przepisów w przypadku umów na realizację szczepień zawieranych przez te podmioty.  Ponadto projekt zwiera również zmiany o charakterze technicznym i uspójniającym. Wejście w życie ustawy z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2770) wprowadziło zmiany polegające na przesunięciu finansowania świadczeń wysokospecjalistycznych z budżetu państwa na Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), w związku z powyższym należy skorygować przepisy w tym zakresie, ze względu na ich nieaktualność. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12377000/13006602/13006603/dokument640740.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i trybu analizy deklaracji o powiązaniach branżowych i oświadczeń o powiązaniach branżowych | Określenie sposobu i trybu dokonywania, przez umocowane do tego osoby, analizy deklaracji o powiązaniach branżowych lub oświadczeń o powiązaniach branżowych, składanych przez zobowiązane do tego osoby, uwzględniając konieczność oceny bezstronności osób biorących udział w postępowaniach prowadzonych przez Radę Przejrzystości lub Radę do spraw Taryfikacji, w związku z którymi złożyły deklaracje lub oświadczenia.  Rekomendowanym rozwiązaniem jest wprowadzenie regulacji określającej sposób i tryb analizy deklaracji o powiązaniach branżowych lub oświadczenia o powiązaniach branżowych w celu zapewnienie dopuszczenia do udziału w postępowaniach wyłącznie osób bezstronnych, które złożyły deklaracje lub oświadczenia.  W projekcie rozporządzenia określono:  1) elementy jakie powinna obejmować analiza deklaracji o powiązaniach branżowych lub oświadczeń o powiązaniach branżowych, formę rozstrzygnięcia jakie powinny być podjęte przez umocowane do tego osoby w zależności od wyników przeprowadzonej analizy deklaracji o powiązaniach branżowych i oświadczenia o powiązaniach branżowych oraz  2) okres, w jakim powinna zostać dokonana analiza deklaracji lub oświadczenia i powiadomienie o jej wyniku osoby, która złożyła przedmiotową deklaracje lub oświadczenie. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12376952/13006404/13006405/dokument640558.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wzoru deklaracji o braku konfliktu interesów oraz określenia wysokości wynagrodzenia członków Komisji Ekonomicznej | W związku z wejściem w życie z dniem 1 listopada 2023 r. ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. ...) wprowadzającej zmiany do ustawy z dnia 12 maja 2011 r. ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 826, 1733 i …), zwanej dalej „ustawą o refundacji”, polegające na doprecyzowaniu informacji składanych przez kandydatów na członków Komisji Ekonomicznej albo członków Komisji Ekonomicznej w deklaracji o braku konfliktów interesów, konieczne jest konsekwentne odzwierciedlenie tych zmian w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wzoru deklaracji o braku konfliktu interesów oraz określenia wysokości wynagrodzenia członków Komisji Ekonomicznej.`  W projektowanym rozporządzeniu proponuje się:  1) pozostawienie wynagrodzenia członków Komisji Ekonomicznej za udział w każdym posiedzeniu Komisji, w sprawach, o których mowa w art. 18 ust. 1 i 2 ustawy o refundacji, na dotychczasowym poziomie który był wskazany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2011 r. w sprawie wzoru deklaracji o braku konfliktu interesów oraz określenia wysokości wynagrodzenia członków Komisji Ekonomicznej (Dz. U. Nr 206, poz. 1226);  2) uzupełnienie deklaracji o braku konfliktów interesów o numer PESEL osoby składającej deklarację oraz osób z nią związanych;  3) doprecyzowanie w części C wzoru deklaracji o braku konfliktów interesów, iż oświadczenie dotyczy 3 lat poprzedzających złożenie oświadczenia. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12376900/13006152/13006153/dokument640408.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych | Celem projektowanego rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 916) jest zwiększenie dostępności do świadczeń gwarantowanych w zakresie programu profilaktyki raka piersi i programu profilaktyki raka szyjki macicy oraz poprawa jakości udzielanych świadczeń w ramach programu profilaktyki raka piersi.  W projektowanym rozporządzeniu proponuje się, w przypadku programu raka szyjki macicy, przesunięcie górnej granicy wieku z 59 r.ż. do 64 r.ż. oraz w przypadku programu profilaktyki raka piersi rozszerzenie granic wieku z 50–69 na 45–74 r.ż.  Proponuje się także kierowanie kobiet, u których wystąpił rak piersi wśród członków rodziny (u matki, siostry lub córki) lub mutacje w obrębie genów BRCA 1 lub BRCA 2 do świadczenia „Opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi”. Świadczenie te gwarantuje systematyczne przeprowadzanie badań diagnostycznych (m.in. mammografii, USG piersi, rezonans magnetyczny piersi) oraz konsultacji lekarskich.  Ponadto, należy wskazać, że ryzyko wystąpienia raka piersi po zakończonym procesie leczenia nie zmniejsza się, dlatego w projekcie rozporządzenia proponuje się ponowne objęcie skryningiem osób, które zakończyły etap leczenia, oraz 5-letni okres monitorowania po zakończonym leczeniu raka piersi, w tym również kobiet, które po 5 latach od leczenia chirurgicznego raka piersi pozostają w trakcie uzupełniającej hormonoterapii (HT).  Proponuje się również usunięcie z programu, biopsji cienkoigłowej, w celu wykonywania wyłącznie biopsji gruboigłowej z określeniem typu histologicznego u kobiet, u których stwierdzono nieprawidłowości podczas badania mammograficznego lub USG piersi. Wprowadzono także zmianę umożliwiającą wykonanie oceny immunohistochemicznej receptora Er, PgR i HER 2 oraz Ki67 z materiału z biopsji gruboigłowej guza piersi w przypadku potwierdzenia w badaniu histopatologicznym komórek raka piersi na etapie pogłębionej diagnostyki programu profilaktyki raka piersi.  W związku z Narodową Strategią Onkologiczną, która wskazuje na konieczność wprowadzenia obowiązku stosowania mammografów cyfrowych w wykonywaniu badań przesiewowych proponuje się wprowadzenie wymogu stosowania mammografów cyfrowych. Zaktualizowano i dostosowano do powyższej zmiany przepisy dotyczące kontroli jakości badań mammograficznych, audytu klinicznego zdjęć mammograficznych oraz wymogi dotyczące mammografu cyfrowego. Wprowadzenie obowiązku stosowania mammografów cyfrowych zaplanowano z okresem przejściowym do dnia 30 września 2025 r.  Projekt zakłada także dostosowanie przepisów do obowiązujących wymagań dotyczących kwalifikacji elektroradiologa.  Powyższe zmiany mają na celu realizowanie wysokiej jakości profilaktyki wtórnej uwzględniającej epidemiologię raka szyjki macicy oraz raka piersi. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12376804/13005524/13005525/dokument640125.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzania Ministra Zdrowia w sprawie wysokości opłat za złożenie wniosków w zakresie refundacji leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego lub za ich uzupełnienie | W związku z wejściem w życie z dniem 1 listopada 2023 r. ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. ...), wprowadzającej zmiany do ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, zwanej dalej „ustawą refundacyjną”, polegające m.in. na doprecyzowaniu w art. 32 ust. 3, że przy określaniu wysokości opłat należy mieć na uwadze rodzaj wniosku, stopień jego skomplikowania, nakład pracy i koszty związane z rozpatrywaniem oraz zmiany górnej wysokości tych opłat określonych w art. 32 ust. 2 i 2a ustawy refundacyjnej. Należy jednak wskazać, że wysokość opłat za złożenie poszczególnych wniosków pozostanie na poziomie niezmienionym w stosunku do dotychczasowego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 stycznia 2021 r. w sprawie wysokości opłat za złożenie wniosków w zakresie refundacji leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego lub za ich uzupełnienie (Dz. U. poz. 138).  Rekomendowanym rozwiązaniem jest wprowadzenie regulacji, która określi wysokość opłat za złożenie wniosków w przedmiocie refundacji leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego lub za ich uzupełnienie oraz dostosowanie wysokości dotychczas obowiązujących opłat. Do dnia wejścia w życie projektowanego rozporządzenia, opłaty dokonane w wysokości określonej w dotychczas obowiązującym rozporządzeniu zostaną uznane za złożone prawidłowo.  Jedynym narzędziem umożliwiającym realizację celu projektowanej regulacji jest podjęcie inicjatywy legislacyjnej. Nie jest możliwe uzyskanie oczekiwanego skutku przez działania pozalegislacyjne, gdyż wysokość aktualnie obowiązujących opłat wynika z już obowiązujących przepisów prawa.  Upoważnienie zawarte w art. 32 ust. 3 ustawy refundacyjnej stanowi podstawę do wydania przez ministra właściwego do spraw zdrowia rozporządzenia regulującego wskazane kwestie. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12376752/13005104/13005105/dokument639727.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzoru oświadczenia o powiązaniach branżowych | Projektowane rozporządzenie zostało opracowane w związku z wejściem w życie z dniem 1 listopada 2023 r. ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. ...), wprowadzającej zmiany do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, polegające na zobowiązaniu ministra właściwego do spraw zdrowia do wydania rozporządzenia określającego wzór oświadczenia o powiązaniach branżowych.  Rekomendowanym rozwiązaniem jest wprowadzenie regulacji określającej wzór oświadczenia o powiązaniach branżowych. Jedynym narzędziem umożliwiającym realizację celu projektowanej regulacji, jest podjęcie inicjatywy legislacyjnej. Nie jest możliwe uzyskanie oczekiwanego skutku przez działania pozalegislacyjne.  Upoważnienie zawarte w art. 31sa ust. 19 ustawy o świadczeniach stanowi podstawę do wydania przez ministra właściwego do spraw zdrowia rozporządzenia regulującego wskazane kwestie. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12376661/13004675/13004676/dokument639555.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzoru deklaracji o powiązaniach branżowych | W związku z uchwaleniem ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. ...), wprowadzającej zmiany do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, polegające na zobowiązaniu ministra właściwego do spraw zdrowia do wydania rozporządzenia zawierającego wzór deklaracji o powiązaniach branżowych, opracowany został projekt niniejszego rozporządzenia.  Rekomendowanym rozwiązaniem jest wprowadzenie regulacji dotyczącej określenia wzoru deklaracji o powiązaniach branżowych. Jedynym narzędziem umożliwiającym realizację celu projektowanej regulacji jest podjęcie inicjatywy legislacyjnej. Nie jest możliwe uzyskanie oczekiwanego skutku przez działania pozalegislacyjne.  Upoważnienie zawarte w art. 31s ust. 26 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stanowi podstawę do wydania przez ministra właściwego do spraw zdrowia rozporządzenia regulującego wskazane kwestie. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12376661/13004675/13004676/dokument639555.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie minimalnych wymagań, jakie muszą spełniać analizy uwzględnione we wnioskach o objęcie refundacją i ustalenie ceny zbytu netto, o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu technologii lekowej o wysokiej wartości klinicznej oraz o podwyższenie urzędowej ceny zbytu leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobu medycznego, które nie mają odpowiednika refundowanego w danym wskazaniu | W związku z wejściem w życie z dniem 1 listopada 2023 r. ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw, wprowadzającej zmiany do ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, zwanej dalej „ustawą o refundacji”, polegające na uchyleniu obowiązku składania analizy racjonalizacyjnej razem z wnioskiem o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu, o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu technologii lekowej o wysokiej wartości klinicznej oraz o podwyższenie urzędowej ceny zbytu leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, konieczne jest wydania nowego rozporządzenia w przedmiotowej materii.  Rekomendowanym rozwiązaniem jest wprowadzenie regulacji dotyczącej określenia minimalnych wymagań, jakie muszą spełniać analizy uwzględnione we wnioskach o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu, o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu technologii lekowej o wysokiej wartości klinicznej oraz o podwyższenie urzędowej ceny zbytu leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, które nie mają odpowiednika refundowanego w danym wskazaniu.  Jedynym narzędziem umożliwiającym realizację celu projektowanej regulacji jest podjęcie inicjatywy legislacyjnej. Nie jest możliwe uzyskanie oczekiwanego skutku przez działania pozalegislacyjne.  Upoważnienie zawarte w art. 24 ust. 7 pkt 2 ustawy o refundacji stanowi podstawę do wydania przez Ministra Zdrowia rozporządzenia regulującego wskazane kwestie. Oczekiwane efekty obejmują sformułowanie ram prawnych determinujących minimalne wymagania, jakie muszą spełniać analizy, o których mowa w art. art. 25 pkt 14 lit. c, art. 25a pkt 14, art. 26 pkt 2 lit. h oraz i ustawy o refundacji, tak aby zapewnić ich niezbędną wiarygodność i precyzję, konieczną do podjęcia na ich podstawie adekwatnych decyzji o objęciu refundacją lub podwyższeniu urzędowej ceny zbytu. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12376555/13003867/13003868/dokument639159.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030 | Mając na uwadze wzrost znaczenia zdrowia psychicznego ze względu na zwiększenie poziomu społecznych zagrożeń dla zdrowia psychicznego, takich jak skutki pandemii COVID-19, zmiany w trybie życia, rozluźnienie więzi społecznych, doświadczanie wydarzeń powodujących traumę niezbędna stała się kontynuacja strategii na rzecz rozwoju systemu ochrony zdrowia psychicznego w Rzeczypospolitej Polskiej. Najskuteczniejszą metodą realizacji przedmiotowego celu dającą możliwość wielopłaszczyznowego podejścia do problemu była realizacja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022.  Konieczność podjęcia pilnych prac nad projektem kolejnej edycji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, zwanego dalej „Programem”, wynika m.in. z końcem okresu na jaki został uchwalony dotychczas obowiązujący Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Ponadto zgodnie z danymi Światowej Organizacji  Zdrowia blisko miliard ludzi na świecie doświadcza zaburzeń psychicznych. Średnio co 40 sekund jedna osoba na świecie traci życie w wyniku zamachu samobójczego. Od lat eksperci wskazują na wyzwanie dla zdrowia publicznego jakim jest ochrona zdrowia psychicznego. Problem zaburzeń i chorób psychicznych stał się szczególnie istotny w ostatnich latach. Do wzrostu rozpowszechnienia problemów psychicznych przyczyniła się epidemia COVID-19 oraz konieczność czasowego wprowadzenia ograniczeń z nią związanych. Obecnie kolejnym wyzwaniem są negatywne konsekwencje dla zdrowia psychicznego konfliktu zbrojnego toczącego się w Ukrainie oraz konieczność zapewnienia właściwego wsparcia dla osób dotkniętych tym konfliktem. Statystycznie w Rzeczypospolitej Polskiej co czwarta osoba miała lub będzie mieć problemy ze zdrowiem psychicznym. Niezwykle istotne jest prowadzenie działań przeciwdziałających niekorzystnej sytuacji epidemiologicznej, polegającej na wysokim obciążeniu populacji skutkami zdrowotnymi, społecznymi i ekonomicznymi wywołanymi przez zaburzenia psychiczne, wśród których wyróżniamy: zaburzenia afektywne, psychotyczne, niepsychotyczne, zaburzenia związane z używaniem alkoholu i substancji psychoaktywnych. Zapewnienie obywatelom dostępu do środowiskowych form psychiatrycznej opieki zdrowotnej może przyczynić się do poprawy ogólnego stanu zdrowia populacji dotkniętej zaburzeniami psychicznymi oraz zwiększyć skuteczność leczenia.  Kontynuacja realizacji zadań wdrażanych dotychczas w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 gwarantowala podejście do systemu ochrony zdrowia psychicznego w sposób kompleksowy angażując wszystkie kluczowe podmioty właściwe dla skutecznego wdrażania strategii. Program zawiera strategiczne działania niezbędne do realizacji, w ramach systemu ochrony zdrowia psychicznego i wspierania osób z zaburzeniami psychicznymi.  Projektowane rozporządzenie określa katalog działań podejmowanych przez administrację publiczną mającą na celu przede wszystkim zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi zintegrowanej, kompleksowej, wielostronnej wszechstronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym oraz kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, w szczególności zrozumienia, akceptacji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.  Program zakłada:  1) w zakresie zapewniania osobom z zaburzeniami psychicznymi wszechstronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb:  a) upowszechnienie zintegrowanego i kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego w oparciu o model opieki środowiskowej,  b) upowszechnienie nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży opartego o trzy poziomy referencyjne,  c) upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego,  d) aktywizację zawodową osób z zaburzeniami psychicznymi,  e) skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy,  f) udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego uczniom, rodzicom i nauczycielom;  2) w zakresie prowadzenia działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi:  a) prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących przedstawiania wizerunku osób z zaburzeniami psychicznymi w mediach,  b) prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących konieczności respektowania praw osób z zaburzeniami psychicznymi;  3) w zakresie monitorowania i oceny skuteczności działań realizowanych w ramach Programu – gromadzenie i analizowanie sprawozdań zawierających informacje dotyczące realizacji zadań wynikających z Programu, przekazywanych przez podmioty wskazane w Programie.  Projektowany Program na lata 2023–2030 w porównaniu z obowiązującym Programem na lata 2017–2022 zakłada:  1) rozszerzenie Programu o zadania ukierunkowane na upowszechnienia nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży opartego o trzy poziomy referencyjne, jak również wskazanie nowych zadań dotyczących zapobiegania stygmatyzacji i wykluczeniu dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi np. w jednostkach systemu oświaty;  2) aktualizację zadań, w tym np. dokonywanie aktualizacji regulacji ułatwiających objęcie kompleksową opieką osób z zaburzeniami psychicznymi;  3) usprawnienie zasad sprawozdawczości przez zmianę terminu sprawozdawania z realizacji Programu tj. za ostatnie 3 lata w porównaniu do wcześniejszego terminu corocznie przekazywanych sprawozdań za ostatnie dwa lata;  4) zobowiązanie do zawierania w sprawozdaniach informacji odnoszących się do stanu wyjściowego oraz wskaźników zawartych w załączniku do Programu | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//3/12368306/12944026/12944027/dokument600141.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie potwierdzania znajomości języka polskiego w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu ratownika medycznego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej | Zakres przedmiotu projektowanego rozporządzenia nie był dotychczas uregulowany w drodze aktu wykonawczego. Obecnie regulacja dotycząca wymogu posiadania znajomości języka polskiego w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu ratownika medycznego znajduje się w art. 10 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1720, z późn. zm.). Zgodnie z powyższym przepisem zawód ratownika medycznego może wykonywać osoba, która wykazuje znajomość języka polskiego w stopniu wystarczającym do wykonywania tego zawodu i złożyła oświadczenie o następującej treści: „Oświadczam, że władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu ratownika medycznego”, z zastrzeżeniem art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.  Zgodnie z art. 6 ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, zwanej dalej „ustawą”, minister właściwy do spraw zdrowia został upoważniony do wydania rozporządzenia określającego zakres znajomości języka polskiego w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu ratownika medycznego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez osobę posiadającą kwalifikacje, o których mowa w art. 2 pkt 4 ustawy, sposób przeprowadzania egzaminu z języka polskiego, o którym mowa w art. 3 ust. 1 ustawy, zwanego dalej „egzaminem”, wzór zaświadczenia o pozytywnym złożeniu egzaminu, oraz wysokość opłaty za egzamin.  Zgodnie z projektowaną regulacją zakres znajomości języka polskiego w mowie i piśmie niezbędny do wykonywania zawodu ratownika medycznego obejmuje umiejętność czytania i rozumienia tekstu pisanego, umiejętność porozumiewania się z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, pacjentami, ratownikami medycznymi, dyspozytorami medycznymi oraz przedstawicielami innych zawodów medycznych, umiejętność formułowania wypowiedzi ustnej oraz umiejętność pisania zgodnie z zasadami gramatyki i ortografii języka polskiego.  Egzamin przeprowadza się na pisemny wniosek składany przez wnioskodawcę do Krajowej Rady Ratowników Medycznych, zwanej dalej „Krajową Radą”. Egzamin przeprowadza Komisja Egzaminacyjna, której członkowie są powoływani i odwoływani przez Krajową Radę. Egzamin składa się z czterech części: dwóch części pisemnych i dwóch części ustnych. Komisja Egzaminacyjna ocenia każdą część egzaminu przyznając odpowiednią liczbę punktów, zgodnie ze skalą określoną w § 6 ust. 2 projektu rozporządzenia. Do złożenia z wynikiem pozytywnym egzaminu niezbędne jest uzyskanie z każdej części egzaminu co najmniej 60% liczby punktów możliwych do uzyskania, łącznie nie mniej niż 24 punktów. Krajowa Rada wydaje wnioskodawcy, który pozytywnie złożył egzamin, zaświadczenie, którego wzór jest określony w załączniku do rozporządzenia.  Opłatę za egzamin ustalono w wysokości 400 zł. W przypadku ponownego przystąpienia do egzaminu za przeprowadzenie każdej z części egzaminu wnioskodawca ponosi opłatę w wysokości 100 zł. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12374505/12990767/12990768/dokument630569.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego | Celem projektowanego rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 870, z późn. zm.) jest zwiększenie dostępności do nowych kardiologicznych świadczeń gwarantowanych, które dotychczas nie były dostępne dla pacjentów w ramach leczenia szpitalnego, a mają znaczący wpływ na jakości życia i stan zdrowia pacjentów z chorobami układu krążenia.  Wprowadzenie do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych  z zakresu leczenia szpitalnego przepisów dotyczących trzech nowych świadczeń gwarantowanych zostało oparte na procesie kwalifikacji świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych i implementuje propozycje rozwiązań zawartych w rekomendacjach Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Zmiany mają na celu zapewnienie dostępu do nowych świadczeń z zakresu kardiologii, tj.:  1) Wszczepienie przezcewnikowe bezelektrodowego systemu do stymulacji jednojamowej;  2) Przezcewnikowa naprawa niedomykalności zastawki trójdzielnej metodą brzeg-do-brzegu za pomocą klipsa;  3) Monitorowanie zdarzeń arytmicznych przy użyciu wszczepialnych rejestratorów zdarzeń (ILR): u chorych po kryptogennym udarze mózgu oraz po nawracających utratach przytomności, których przyczyny nie udało się ustalić pomimo rozszerzonej diagnostyki.  Wprowadzenie ww. świadczeń stanowi realizację trzech rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych  i Taryfikacji, odpowiednio:  1) rekomendacji nr 39/2021 z dnia 2 kwietnia 2021 r. w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej pn.: „Wszczepienie przezcewnikowe bezelektrodowego systemu do stymulacji jednojamowej” jako świadczenia gwarantowanego;  2) rekomendacji nr 94/2022 z 30 września 2022 r. w sprawie zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej pn.: „Przezcewnikowa naprawa niedomykalności zastawki trójdzielnej metodą brzeg-do-brzegu za pomocą klipsa” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia szpitalnego;  3) rekomendacji nr 40/2021 z dnia 2 kwietnia 2021 r. w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej pn.: „Monitorowanie zdarzeń arytmicznych przy użyciu wszczepialnych rejestratorów zdarzeń (ILR): u chorych po kryptogennym udarze mózgu; u chorych po nawracających utratach przytomności, których przyczyny nie udało się ustalić pomimo rozszerzonej diagnostyki” jako świadczenia gwarantowanego.  Spodziewanym efektem wprowadzenia przedmiotowych świadczeń jest wydłużanie życia i poprawie jego jakości życia u przewidywanej populacji. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12376352/13002788/13002789/dokument638390.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej | Z przeprowadzonej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, analizy problemu decyzyjnego, przygotowanej na zlecenie Ministra Zdrowia, na potrzeby wypracowania Koncepcji zmian organizacji i funkcjonowania rehabilitacji leczniczej w systemie ochrony zdrowia, wynika że obszaru rehabilitacji leczniczej dotyczą następujące problemy:  1) nadmiarowość wystawianych skierowań, które nie zawsze korelują z rzeczywistymi potrzebami rehabilitacyjnymi;  2) brak kryteriów różnicujących potrzeby zdrowotne (rehabilitacyjne) pacjentów oraz brak określonych kryteriów włączenia pacjentów do rehabilitacji skutkują realizacją świadczeń nieadekwatnych do potrzeb;  3) brak określonych obiektywnych narzędzi definiujących stan kliniczny i funkcjonalny pacjenta co przekłada się na to, że świadczeniodawcy preferują pacjentów o niższym poziomie dysfunkcji;  4) duża liczba osób oczekujących na świadczenia, w szczególności pacjentów, którzy nie otrzymują leczenia rehabilitacyjnego w optymalnym czasie, adekwatnym do ich aktualnych potrzeb, przez co ich stan funkcjonalny w trakcie oczekiwania na udzielenie świadczenia może się pogorszyć;  5) długi czas oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczeń rehabilitacyjnych w szczególności, w odniesieniu do pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia po urazach i po leczeniu ostrych incydentów chorobowych;  6) brak wymogu określenia planu rehabilitacji, w tym definiowania celu terapeutycznego, stanowiącego kryterium oceny skuteczności leczenia.  W celu rozwiązania przedstawionych problemów proponuje się wprowadzenie zmian w zapisach rozporządzenia, które obejmują:  1) dodanie nowych definicji;  2) sprecyzowanie personelu medycznego uprawnionego do udzielania świadczeń;  3) doprecyzowanie kryteriów kwalifikacji do świadczeń;  4) rozszerzenie wykazu skal i klasyfikacji medycznych służących do oceny stanu klinicznego lub funkcjonowania świadczeniobiorców;  5) wprowadzenie mechanizmów efektywnościowych w organizacji systemu rehabilitacji głównie na rzecz pacjentów po ostrych incydentach chorobowych lub urazach;  6) doprecyzowanie oraz ujednolicenie warunków realizacji świadczeń gwarantowanych;  7) doprecyzowanie obszarów zabezpieczenia świadczeń realizowanych w poszczególnych warunkach;  8) zniesienie wymaganych odrębnych elementów dla skierowań do świadczeń fizjoterapia domowa oraz fizjoterapia ambulatoryjna;  9) aktualizacja wykazu podmiotów uprawnionych do wystawienia skierowań w poszczególnych zakresach świadczeń;  10) ujednolicenie nomenklatury we wszystkich świadczeniach w celu wyeliminowania problemów interpretacyjnych;  11) dostosowanie przepisów do zmian wprowadzonych w innych regulacjach.  Najistotniejszą zmianę stanowi rozszerzenie wykazu skal i klasyfikacji medycznych służących do oceny stanu klinicznego lub funkcjonalnego świadczeniobiorcy. Z punktu widzenia terapeutycznego zaproponowane skale i klasyfikacje stanowią pomocne narzędzie w podejmowaniu decyzji terapeutycznych oraz określaniu zapotrzebowania na opiekę, co pozwala na dobranie odpowiedniej formy i poziomu rehabilitacji, a także na ocenę skuteczności zaplanowanych i przeprowadzonych działań, czy na ewentualną korektę planu postępowania terapeutycznego. Z systemowego punktu widzenia obowiązek oceny stanu świadczeniobiorcy pozwoli na określenie profili pacjentów korzystających z rehabilitacji i dodatkowo umożliwi obiektywne porównanie poszczególnych świadczeniodawców w zakresie jakości udzielanych świadczeń oraz referencyjności ośrodków.  Wszystkie opisane powyżej proponowane zmiany powinny przyczynić się do poprawy dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych, szczególnie w odniesieniu do pacjentów, którzy ze względu na swój stan zdrowia (kliniczny i funkcjonalny) powinni w możliwe najkrótszym czasie uzyskać świadczenie rehabilitacyjne, gwarantując skuteczność wcześniej wykonanych procedur zabiegowych bądź wyłącznie procedur rehabilitacyjnych.  Wprowadzenie w projekcie rozporządzenia ujednolicenia nazw powinno również wyeliminować problemy interpretacyjne. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12376351/13002745/13002746/dokument638366.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej rozwiązuje problemy związane z brakiem możliwości:  1) wystawiania skierowania przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) na badania Immunoglobuliny E całkowite (IgE) oraz Immunoglobuliny E swoiste (IgE) finansowane z budżetu powierzonego;  2) wystawiania skierowania na badanie tomografii komputerowej tętnic wieńcowych w ramach świadczeń opieki koordynowanej;  3) wystawiania skierowania na świadczenia medycznej diagnostyki laboratoryjnej, w celu zdiagnozowania stanu zdrowia pacjentów korzystających ze świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NiŚOZ);  4) finansowania i rozliczania ze środków budżetu powierzonego świadczeń związanych z diagnozowaniem i leczeniem stanów przedcukrzycowych w ramach opieki koordynowanej z zakresu diabetologii;  5) finansowania i rozliczenia ze środków budżetu powierzonego świadczeń związanych z diagnozowaniem i leczeniem nadczynności tarczycy w ramach opieki koordynowanej z zakresu endokrynologii;  6) diagnozowania i udzielania kompleksowych świadczeń przez lekarzy POZ pacjentom chorujących ma przewlekłą chorobę nerek, na wczesnych etapach choroby;  7) odbywania konsultacji specjalistycznej w przypadku świadczeniobiorców poniżej 18. roku życia korzystających ze świadczeń opieki koordynowanej.  Wprowadzane w projektowanym rozporządzeniu zmiany mają na celu:  1) umożliwienie lekarzom POZ wystawiania skierowania na Immunoglobuliny E całkowite (IgE) oraz Immunoglobuliny E swoiste (IgE) przy objawach wskazujących na występowanie alergii oraz tomografii komputerowej tętnic wieńcowych przy wskazaniach do diagnostyki w kierunku choroby niedokrwiennej serca;  2) umożliwienie lekarzom udzielającym świadczeń z zakresu NiŚOZ diagnozowanie stanu zdrowia świadczeniobiorców i ustalanie terapii, w oparciu o wyniki badań diagnostycznych;  3) objecie kompleksowymi świadczeniami opieki koordynowanej lekarza POZ z zakresu diabetologii świadczeniobiorców, u których zdiagnozowano stan przedcukrzycowy;  4) objęcie kompleksowymi świadczeniami opieki koordynowanej lekarza POZ z zakresu endokrynologii świadczeniobiorców, u których zdiagnozowano nadczynność tarczycy;  5) umożliwienie lekarzom POZ kompleksowego udzielania świadczeń świadczeniobiorcom z przewlekłą chorobą nerek, w tym wczesnego diagnozowania choroby, ustalania terapii lub, w przypadku świadczeniobiorców, u których zdiagnozowano zaawansowane stadia choroby, kierowanie ich na leczenie specjalistyczne;  6) udostępnianie konsultacji specjalistycznych w przypadku świadczeniobiorców poniżej 18. roku życia korzystających ze świadczeń opieki koordynowanej.  Efektem przedmiotowych zmian będzie zwiększenie dostępności do świadczeń na etapie podstawowej opieki zdrowotnej. Oznacza to, że dzięki poszerzeniu katalogu świadczeń, świadczeniobiorcy uzyskają dostęp do tych świadczeń już na etapie świadczeń udzielanych przez lekarza POZ, bez konieczności oczekiwania na ich realizację u lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). W przypadku zdiagnozowania rozpoznania chorobowego lekarz POZ skieruje świadczeniobiorcę do właściwego lekarza specjalisty. Powyższe pozwoli na szybsze ustalenie właściwej terapii. Dodatkowym efektem w zakresie NiŚOZ będzie odciążenie szpitalnych oddziałów ratunkowych i izby przyjęć. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12376306/13002610/13002611/dokument638254.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów organizacyjnych POCT | Zgodnie z art. 7 ust. 3 ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej, minister właściwy do spraw zdrowia został obowiązany do określenia w drodze rozporządzenia standardów organizacyjnych POCT (POINT OF CARE TESTING).  Projektowane rozporządzenie określa sposób organizacji wykonywania badań laboratoryjnych parametrów krytycznych wykonywanych w materiale biologicznym w stanie zagrożenia zdrowia lub życia polegającego na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała albo utrata życia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi w podmiocie leczniczym, zwane dalej „standardami organizacyjnymi POCT”. Standardy organizacyjne POCT określają wykaz podstawowych badań laboratoryjnych parametrów krytycznych, których wartość krytyczna przemawia za obecnością zagrażającego życiu stanu patofizjologicznego, wymagającego podjęcia, szybkich i skutecznych działań leczniczych. Ponadto standardy określają organizację ich wykonywania oraz personel medyczny uprawniony do ich wykonywania oraz autoryzacji wyniku. Oprócz personelu lekarskiego i pielęgniarskiego uprawnionym do pobierania materiału biologicznego jest również ratownik medyczny na podstawie przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2022 r. poz. 1720, z późn. zm.) oraz technik analityki medycznej na podstawie art. 5 ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej.  Projekt reguluje odpowiedzialność i zadania diagnosty laboratoryjnego, pełniącego zgodnie z zasadami GLP (ang. Good Laboratory Practice), nadzór merytoryczny nad badaniami wykonywanymi w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi. Do zadań diagnosty laboratoryjnego będzie należała walidacja analityczna i kliniczna zastosowanych metod badawczych, urządzeń pomiarowych i używanych odczynników oraz zapewnienie, aby wyniki badań korelowały z wynikami badań laboratoryjnych uzyskanych w medycznym laboratorium diagnostycznym. Diagnosta laboratoryjny dzięki swoim kwalifikacjom, wiedzy i umiejętnościom w zakresie wdrażania metod analitycznych, spójności pomiarowej, zapewni odpowiednią jakość badań POCT.  Do badań POCT wykonywanych przez zespół ratownictwa medycznego stosuje się przepisy wydane na podstawie art. 11 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Podmiot leczniczy wykonujący badania POCT, dostosuje swoją działalność do wymagań określonych niniejszym rozporządzeniem, w terminie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia. Proponowana regulacja ułatwi dostęp pacjentów do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie uzyskiwania wyników badań w czasie rzeczywistym. | Komisja Prawnicza | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12372750/12976352/12976353/dokument622741.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do osób z doświadczeniem traumy | W przypadku osób, które zgłaszają się do udziału w programie, jednak nie spełniają rozpoznania F43, F43 z rozszerzeniami lub F.62.0, jest zasadnym umożliwienie rozliczenia udzielonej konsultacji na podstawie rozpoznania Z03. Rekomendacja nr 54/2023 z dnia 31 maja 2023 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dotycząca wzrostu poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie m. in. programów pilotażowych spowodowała wzrost cen jednostkowych świadczeń o 7,81%.  Proponuje się zmianę polegającą na włączeniu do katalogu dopuszczalnych rozpoznań - rozpoznania Z03. Rozpoznanie Z03 będzie miało zastosowanie się do rozpoznań wstępnych, które można zmienić po przeprowadzeniu badania i do osób, które nie będą kwalifikowały się do udziału w programie i powinny zgłosić się do innych form pomocy.  Zmiany w zakresie § 10 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2022 r. w sprawie programu pilotażowego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do osób z doświadczeniem traumy (Dz. U. poz. 2805) wprowadzono w związku z rekomendacją nr 54/2023 z dnia 31 maja 2023 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dotyczącą wzrostu poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie m. in. programów pilotażowych. Ceny jednostkowe świadczeń zostały zwiększone o 7,81%. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12376300/13002352/13002353/dokument638036.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzoru zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy domowej | Konieczność wydania projektowanego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzoru zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy domowej wynika ze zmian wprowadzonych przepisami ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 535), zwanej dalej „ustawą”, mających wpływ m.in. na brzmienie upoważnienia dla ministra właściwego do spraw zdrowia do wydania rozporządzenia, określonego w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1249 z późn. zm.).  Proponowana zmiana rozporządzenia ma na celu dostosowanie sformułowań dotyczących przemocy domowej w taki sposób, w jaki dokonano tego w ustawie, zastępując dotychczas stosowane sformułowanie „przemoc w rodzinie” sformułowaniem „przemoc domowa”. | Skierowanie aktu do ogłoszenia | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12372003/12970597/12970598/dokument619211.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji | Obecnie świadczenie wysokospecjalistyczne z użyciem pompy wspomagającej lewą komorę serca jest finansowane  ze środków publicznych wyłącznie jako terapia „pomostowa”, czyli interwencja stosowana u pacjentów, u których  ze względu na stan zdrowia lub brak organu do przeszczepu nie jest możliwe przeprowadzenie transplantacji serca.  Celem projektowanej nowelizacji rozporządzenia jest wprowadzenie do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych świadczenia: Mechaniczne wspomagania serca pompą wspomagającą lewą komorę serca u pacjentów z ciężką niewydolnością serca niekwalifikujących się do transplantacji serca jako terapia docelowa, które dotychczas nie było dostępne dla pacjentów w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych, a mających znaczenie dla poprawy zdrowia i wydłużenia życia pacjentów.  Wprowadzenie do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych nowego świadczenia gwarantowanego zostało oparte na procesie kwalifikacji świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych. Zmiany mają na celu zapewnienie dostępu do operacji wszczepienia pompy wspomagającej pracę lewej komory jako terapii docelowej, u pacjentów z ciężką niewydolnością serca niekwalifikujących się do transplantacji serca jako terapia docelowa.  Spodziewanym efektem wprowadzenia świadczenia „Mechaniczne wspomaganie serca pompą wspomagającą lewą komorę serca u pacjentów z ciężką niewydolnością serca niekwalifikujących się do transplantacji serca jako terapia docelowa” jest uzyskanie trwałej poprawy w zakresie prowadzenia terapii ciężkiej niewydolności serca u pacjentów, którzy nie spełniają kryteriów kwalifikacji do przeszczepu serca, w szczególności poprawy parametrów hemodynamicznych, takich jak wzrost frakcji wyrzutowej, indeksu sercowego, obniżenie ciśnienia zaklinowania w tętnicy płucnej i wymiaru końcowo rozkurczowego lewej komory, i w związku z tym klinicznych - poprawa klasy wydolności (NYHA), jakości życia, wydłużenie oczekiwanej długości życia .  Wprowadzenie świadczenia stanowi realizację rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 17/2022 z dnia z dnia 2 czerwca 2022 r., który wskazał na zasadność finansowania ocenianej technologii ze środków publicznych. W ślad za rekomendacją Prezesa Agencji, na podstawie zlecenia Ministra Zdrowia przeprowadzono prace dotyczące określenia wskazań dla przedmiotowego świadczenia oraz warunków jego realizacji. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12376155/13001567/13001568/dokument637496.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie nadania statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej sołectwom: Czarna, Czarniecka Góra, Janów i Błotnica położonym na obszarze gminy Stąporków | Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych, zwanej dalej „ustawą uzdrowiskową”, działalność uzdrowiskowa może być prowadzona na terenie obszaru, który uzyskał status uzdrowiska. Obszar ten powinien spełniać warunki określone  w art. 34 ust. 1 ustawy uzdrowiskowej, tj.: posiadać złoża naturalnych surowców leczniczych o potwierdzonych właściwościach leczniczych, posiadać klimat o właściwościach leczniczych, powinny znajdować się na nim zakłady  i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego przygotowane do prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego, powinien spełniać wymagania określone w przepisach o ochronie środowiska w stosunku do środowiska, posiadać infrastrukturę techniczną w zakresie gospodarki wodno-ściekowej, energetycznej, w zakresie transportu zbiorowego, a także prowadzić gospodarkę odpadami. W sytuacji kiedy na danym obszarze nie ma jeszcze zakładów i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego władze gminy mogą ubiegać się o nadanie statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej. Burmistrz gminy Stąporków wystąpiła do Ministra Zdrowia z prośbą o wydanie decyzji w sprawie potwierdzenia możliwości prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego na obszarze uznanym za Obszar Ochrony Uzdrowiskowej Czarniecka Góra, obejmującym sołectwa: Czarna, Czarniecka Góra, Janów i Błotnica położone na obszarze gminy Stąporków, na podstawie złożonego operatu uzdrowiskowego, w następujących kierunkach leczniczych: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby układu nerwowego, choroby reumatologiczne, choroby kardiologiczne i nadciśnienie, choroby górnych dróg oddechowych, choroby dolnych dróg oddechowych.  Rekomendowanym rozwiązaniem i oczekiwanym efektem jest nadanie – w drodze rozporządzenia Rady Ministrów – statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej sołectwom: Czarna, Czarniecka Góra, Janów i Błotnica położonym na obszarze gminy Stąporków w związku ze stwierdzeniem przez Ministra Zdrowia, na podstawie art. 40 ust. 2 ustawy uzdrowiskowej – po analizie złożonego operatu uzdrowiskowego z dnia 5 października 2022 r. – że „Obszar Ochrony Uzdrowiskowej Czarniecka Góra” spełnia warunki zawarte w art. 34 ust. 1 ustawy uzdrowiskowej, konieczne do potwierdzenia możliwości prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego”, a tym samym, warunki środowiskowe, występujące naturalne surowce lecznicze oraz klimat o właściwościach leczniczych gwarantują, po wybudowaniu zakładów i urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego, możliwość prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego na tym obszarze i ubieganie się w przyszłości o nadanie statusu uzdrowiska. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//3/12375956/12999910/12999911/dokument636774.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie podmiotów uprawnionych do zakupu produktów leczniczych w hurtowni farmaceutycznej | Nieaktualność odesłań zastosowanych w § 1 pkt 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2022 r. w sprawie podmiotów uprawnionych do zakupu produktów leczniczych w hurtowniach farmaceutycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 804), zwanego dalej „zmienianym rozporządzeniem”, które odnoszą się aktualnie do przepisów art. 11-11b ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2023 r. poz. 1541), które z dniem 22 czerwca 2023 r. zostały uchylone na mocy art. 207 pkt 3 ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (Dz. U. poz. 2705 oraz z 2023 r. poz. 1234).  Zastąpienie nieaktualnych odesłań referencją do aktualnie obowiązujących przepisów art. 34, 36, 65 i 72 ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, które zasadniczo odpowiadają uchylonym przez tę ustawę przepisom art. 1111b ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.  Ponadto projekt ma na celu doprecyzowanie kwestii nabywania produktów leczniczych przez podmiot odpowiedzialny oraz w celu prowadzenia badań klinicznych. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12375751/12998295/12998296/dokument636060.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach krajowej sieci hematologicznej | Celem programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcą w ramach krajowej sieci hematologicznej, zwanego dalej „programem pilotażowym”, jest ocena jakości i efektywności opieki nad świadczeniobiorcami w wieku od 18. roku życia z nowotworami mieloidalnymi i limfoidalnymi (w tym z ostrymi białaczkami, szpiczakiem plazmocytowym, chłoniakami). W ramach programu pilotażowego zapewnione zostaną działania niezbędne do kompleksowej diagnostyki, której celem będzie rozpoznanie choroby na jej wczesnym etapie.  Dzięki temu możliwe będzie rozpoczęcie optymalnej terapii u świadczeniobiorców z rozpoznaniem: ostrej białaczki szpikowej, ostrej białaczki limfoblastycznej, szpiczaka plazmocytowego, przewlekłej białaczki limfocytowej, chłoniaka rozlanego z dużych komórek B, chłoniaka grudkowego, chłoniaka Hodgkina. Celem projektowanych rozwiązań jest także ocena organizacyjna nowego modelu opieki nad tą grupą świadczeniobiorców.  Warto przy tym wskazać, że zapadalność na ostre białaczki szpikowe, ostre białaczki limfoblastyczne, szpiczaka plazmocytowego, przewlekłą białaczkę limfocytową, chłoniaka rozlanego z dużych komórek B, chłoniaka grudkowego i chłoniaka Hodgkina (ICD-10: C81-C83 i C85 oraz C90–C922) wykazuje tendencję wzrostową zarówno w Rzeczypospolitej Polskiej, jak i w innych krajach. Podstawową metodą leczenia tych nowotworów jest chemioterapia lub immunochemioterapia wspomagana w wybranych nowotworach przeszczepieniem autologicznych (od samego chorego) lub allogenicznych (od dobranego dawcy) krwiotwórczych komórek macierzystych. Analiza liczby wykonywanych przeszczepień komórek krwiotwórczych (auto i allogenicznych) w Rzeczypospolitej Polskiej na przestrzeni lat 2010-2018 wykazała tendencję wzrostową (w 2010 r. wykonano 842 przeszczepy u dorosłych, a w 2018 r. dwa razy więcej bo 1690). Na podstawie prognozy na kolejne 10 lat należy z bardzo dużym prawdopodobieństwem szacować, że trend wzrostowy będzie się utrzymywał i w 2028 r. liczba wykonywanych przeszczepień wyniesie około 2740 (autologicznych: 1820, allogenicznych: 920). Tendencja wzrostowa liczby wykonywanych procedur przeszczepowych może wynikać zarówno ze wzrostu liczby osób chorych na nowotwory mieloidalne i limfoidalne (w tym ostre białaczki, szpiczaka plazmocytowego, chłoniaki), jak i starzejącej się populacji (najwięcej zachorowań na ostre białaczki szpikowe, szpiczaka plazmocytowego, chłoniaka rozlanego z dużych komórek B czy chłoniaka grudkowego) obserwuje się w populacji osób po 60. roku życia, a także ze skuteczności tej metody terapeutycznej. Choroby nowotworowe stanowią coraz większe obciążenie finansowe dla systemu opieki zdrowotnej oraz społeczeństwa, poniżej wymieniono jednostki chorobowe objęte pilotażem wraz z wskazaniem głównej populacji wiekowej jakiej dotyczą.  Ostra białaczka jest rzadkim nowotworem złośliwym powstającym w szpiku kostnym i obecnym we krwi obwodowej i różnych narządach, wywodzącym się z prekursorowych komórek układu krwiotwórczego. Nazwa „ostra” wskazuje, że do rozwoju choroby dochodzi nagle, najczęściej w ciągu kilku tygodni lub miesięcy i choroba postępuje szybko i agresywnie. Dlatego też chorzy wymagają pilnej diagnostyki i natychmiastowego podjęcia leczenia. Ostre białaczki stanowią około 2% wszystkich nowotworów. Ostre białaczki szpikowe (OBSz) stanowią zdecydowaną większość, tj. ok. 80% ostrych białaczek występujących u dorosłych. Mediana wieku chorych w momencie rozpoznania OBSz wynosi ok. 65 lat. Według danych amerykańskich zapadalność u dorosłych na OBSz wynosi średnio 4,2/100 000 mieszkańców/rok. Chociaż choroba ta może występować u ludzi młodych, jej częstość zdecydowanie rośnie z wiekiem – dla porównania u osób powyżej 65 roku życia stwierdza się ponad 10 nowych przypadków na 100 tys. mieszkańców. Ostre białaczki limfoblastyczne stanowią ok. 20% wszystkich ostrych białaczek u dorosłych. Zapadalność na te nowotwory u dorosłych wynosi ok. 1,3/100 000 mieszkańców/rok i wzrasta wraz z wiekiem, w szczególności po 55. roku życia. Szpiczak plazmocytowy (inna nazwa: szpiczak mnogi, potocznie: szpiczak) stanowi około 1% wszystkich nowotworów złośliwych i 14% rozrostów układu krwiotwórczego. Roczną zapadalność na szpiczaka plazmocytowego w Europie szacuje się na 4,56 przypadków /100 000 mieszkańców. Jest to choroba wieku starszego, mediana wieku przy rozpoznaniu wynosi 70 lat, a tylko 2% chorych ma poniżej 40 lat. Co roku w Rzeczypospolitej Polskiej szpiczak jest rozpoznawany u około 1500 osób.  Przewlekła białaczka limfocytowa jest najczęstszą białaczką w Europie i Ameryce Północnej. Roczna zapadalność wynosi ok. 5 przypadków/100 000 mieszkańców i wzrasta wraz z wiekiem, po 60. roku życa wynosi ok. 20 przypadków/100 000 mieszkańców na rok. Mediana wieku zachorowania wynosi 72 lata, zachorowania występują bardzo rzadko poniżej 30. roku życia, a jedynie 10% przypadków dotyczy osób poniżej 55. roku życia.  Zachorowania na chłoniaki stanowią ok. 2% zachorowań na wszystkie nowotwory złośliwe. Częstość i wiek zachorowania zależą od typu chłoniaka. Najczęstszym chłoniakiem jest chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL) i stanowi ok. 3035% wszystkich chłoniaków nie-Hodgkina, a zapadalność szacuje się na kilkanaście przypadków na 100 000 mieszkańców. Może wystąpić w młodym wieku, ale jego częstość zdecydowanie wzrasta u osób starszych, ponad 50% przypadków stwierdza się u osób powyżej 65. roku życia. Chłoniak grudkowy występuje nieco rzadziej (ok. 3 przypadków/100 000 mieszkańców) i stanowi ok. 1020% wszystkich chłoniaków nie-Hodgkina i również jest częściej rozpoznawany w średnim i starszym wieku, mediana wieku przy rozpoznaniu wynosi ok. 60 lat.  Chłoniak Hodgkina (dawna nazwa ziarnica złośliwa) stanowi ok. 0,5% wszystkich nowotworów złośliwych. Zachoworwalność roczna wynosi ok. 1,9/100 000 mieszkańców. W krajach rozwiniętych obserwuje się dwa szczyty zachorowań, tj. 20-40 rok życia oraz po 50. roku życia. W związku z tym, że zapadalność na ostre białaczki szpikowe, ostre białaczki limfoblastyczne, szpiczaka plazmocytowego o (ICD10: C90–C92) i chłoniaki (ICD10: C81-C83 i C85) wykazuje tendencję wzrostową, istnieje potrzeba wypracowania rozwiązania w postaci nowego modelu opieki wraz z określeniem wytycznych postępowania diagnostyczno-leczniczego. Odpowiedzią na powyższe jest przedmiotowy program pilotażowy, który ma zapewnić w trójstopniowym modelu kompleksową i koordynowaną opiekę nad świadczeniodawcą hematologicznym.  W celu rozwiązania wskazanych problemów w opiece nad chorymi z nowotworami mieloidalnymi i limfoidalnymi konieczne jest wprowadzenie rozwiązań w organizacji opieki zdrowotnej prowadzących do poprawy efektów zdrowotnych przez zapewnienie ciągłości leczenia świadczeniobiorców wraz z zapewnieniem szybkiej diagnostyki i kompleksowej koordynowanej opieki nad świadczeniobiorcami. Biorąc pod uwagę korzyści związane z wczesną diagnostyką chorych z nowotworami hematologicznymi, rekomenduje się sprawdzenie modelu opieki w formie programu pilotażowego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.  Celem proponowanego modelu koordynowanej i kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą w ramach krajowej sieci hematologicznej jest ocena organizacji, jakości i efektów opieki hematologicznej na terenie województwa dolnośląskiego, łódzkiego, mazowieckiego, śląskiego, wielkopolskiego i zachodniopomorskiego. W ramach programu pilotażowego testowane i oceniane będą zasadność oraz skuteczność funkcjonowania modelu opartego na krajowej sieci ośrodków hematologicznych, zwanego dalej „siecią hematologiczną”, w tym podział kompetencji pomiędzy ustalone poziomy referencyjne wysokospecjalistyczny, specjalistyczny i podstawowy działających w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia przez podmioty, prowadzące diagnostykę i leczenie hematologiczne. Ponadto za koordynację w sieci odpowiadać będzie krajowy i wojewódzkie ośrodki koordynujące. W celu spełnienia wymagań i realizacji świadczeń wysokiej jakości, świadczeniodawca powołuje zespół terapeutyczny do planowania leczenia hematologicznego, który ustala plan leczenia hematologicznego świadczeniobiorcy. Kluczową rolę odgrywa koordynator merytoryczny programu pilotażowego, który jest lekarzem specjalistą w dziedzinie hematologii i w ośrodku koordynującym nadzoruje proces przeprowadzania programu pilotażowego w województwie lub kraju. Ponadto istotną rolę pełni także koordynator merytoryczny ośrodka, który jest lekarzem specjalistą w dziedzinie hematologii, który w każdym ośrodku specjalistycznym i wysokospecjalistycznym odpowiada za organizację i przebieg pracy zespołów terapeutycznych, w tym tych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych dla ośrodków o niższym poziomie referencyjnym i ocenę realizacji planów leczenia w swoim ośrodku, a także koordynatorzy organizacyjni programu pilotażowego, którzy koordynują diagnostykę i plan leczenia hematologicznego świadczeniobiorcy, ustalają terminy, nadzorują prowadzenie dokumentacji programu pilotażowego. Organizacja opieki hematologicznej ma się wyróżniać racjonalną i zaplanowaną współpracą pomiędzy ośrodkami zaangażowanymi w proces udzielania świadczeń. Dodatkowo efektem programu pilotażowego ma być optymalne wykorzystanie możliwości diagnostyczno-leczniczych ośrodków hematologicznych w oparciu o ich potencjał sprzętowy i doświadczone zasoby kadrowe, które obecnie nie udzielają świadczeń w pełnym zakresie możliwości.  Oczekiwanym efektem programu pilotażowego jest poprawa stanu zdrowia świadczeniobiorców dzięki szybkiej i prawidłowej diagnozie, włączeniu skutecznego leczenia oraz szybszemu powrotowi do aktywności zawodowej, a także przesunięcia realizacji świadczeń do trybu ambulatoryjnego lub hospitalizacji jednego dnia, jak najbliżej miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy. Wdrożenie proponowanych rozwiązań przyczyni się również do zmniejszenia kosztów ponoszonych przez państwo, świadczeniobiorców i ich rodziny. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12375702/12998188/12998189/dokument635960.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ustalenia regulaminu Naczelnej Komisji Bioetycznej | Projektowane rozporządzenie ustala regulamin Naczelnej Komisji Bioetycznej i stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 17 ust. 9 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi, zwanej dalej „ustawą”. Zgodnie z art. 17 ust. 9 ustawy, minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, regulamin Naczelnej Komisji Bioetycznej, zwanej dalej „NKB”, w tym szczegółowy tryb jej pracy oraz warunki i tryb wypłaty wynagrodzenia dla przewodniczącego NKB i jego zastępcy, członków NKB, członków zespołu opiniującego, przedstawiciela, o którym mowa w art. 30 ust. 3 i eksperta, o którym mowa w art. 30 ust. 4 i 5 ustawy, sposób prowadzenia szkoleń dla członków komisji bioetycznych.  Projekt rozporządzenia określa szczegółowy tryb pracy NKB, w tym:  1) tryb pracy NKB,  2) sposób wypłaty wynagrodzenia:  a) przewodniczącego Naczelnej Komisji Bioetycznej i jego zastępcy,  b) członków zespołu opiniującego, o których mowa w art. 30 ust. 1 ustawy,  c) przedstawiciela, o którym mowa w art. 30 ust. 3 ustawy, i eksperta, o którym mowa w art. 30 ust. 4 i 5 ustawy;  3) sposób prowadzenia szkoleń, o których mowa w art. 16 ust. 1 pkt 2 ustawy.  Rozporządzenie określa zasady zastępowania przewodniczącego NKB, zasady odbywania posiedzeń przez NKB oraz przez zespoły opiniujące NKB i podejmowania rozstrzygnięć. Ponadto, opisuje zasady organizacji pracy NKB i zespołów opiniujących w warunkach absencji członka. Projektowany akt zawiera również regulacje dotyczące sposobu wypłaty wynagrodzenia dla przewodniczącego NKB i jego zastępcy, jak również członków NKB, członków zespołu opiniującego, przedstawiciela i eksperta.  Projektowane rozporządzenie określa również formę prowadzenia szkoleń dla członków komisji bioetycznych oraz osób zapewniających obsługę komisji bioetycznych, rodzaje działań edukacyjnych i dopuszczalne sposoby ich przeprowadzania | Skierowanie aktu do ogłoszenia | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12373651/12983101/12983102/dokument626738.pdf> |
| Ustawa | Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw | projekt dotyczy zmiany sposobu tworzenia budżetu na refundację leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych; wprowadzone zostaną ponadto nowe instytucje prawne, które mają zwiększyć produkcję leków lub substancji czynnych w Polsce, a w konsekwencji wzmocnić bezpieczeństwo lekowe oraz przepisy, które zabezpieczą dostępność produktów refundowanych dla pacjentów i dla kobiet w okresie połogu, które będą uprawnione do bezpłatnego zaopatrzenia się w leki | Wejście w życie 1 listopada 2023 r. |  |
| Ustawa | Ustawa z dnia 13 lipca 2023 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych | projekt dotyczy rozszerzenia kręgu osób, którym przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne na osoby które nie ukończyły 18 roku życia oraz osoby które ukończyły 65 rok życia | Wejście w życie 30 sierpnia 2023 r. |  |
| Uchwała | Projekt uchwały Rady Ministrów zmieniającej uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2023–2032 pod nazwą „Narodowy Program Transplantacyjny” | Zgodnie z rozwiązaniem przyjętym w uchwale nr 64/2023 Rady Ministrów z dnia 9 maja 2023 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2023-2032 pod nazwą „Narodowy Program Transplantacyjny”, Narodowy Program Transplantacyjny, zwany dalej „NPT”, określa zadania tylko na 2023 r., zachodzi zatem koniczność ich określenia na kolejny rok.  Jednocześnie pierwotnym założeniem NPT była coroczna zmiana uchwały w celu określenia zadań NPT i ich realizatorów na rok kolejny. Po dokonaniu ponownej analizy, związanej z wdrażaniem i planowaną realizacją NPT, uznano, że powyższy mechanizm nie jest w pełni efektywny, tj.: część zadań NPT ma charakter długofalowy i będą one realizowane w niezmienionej formule przez okres dłuższy niż jeden rok. W takim przypadku konieczność corocznego potwierdzania, w formie zmiany uchwały, realizacji danego zadania nie jest rozwiązaniem efektywnym, ponieważ nie pozwala na jego zaplanowanie w dłuższym horyzoncie czasowym i uniemożliwia zawarcie umów wieloletnich (aneksów) na jego realizację niezwłocznie po rozpoczęciu roku budżetowego. Dodatkowo ewentualne opóźnienia związane ze zmianą uchwały również mogą spowodować zbyt późne rozpoczęcie realizacji zadań, co stanowi zagrożenie dla gospodarnego wydatkowania środków budżetowych oraz prawidłowej realizacji zadań. Jednocześnie propozycja zadań na 2024 r., przedstawiona przez Krajową Radę Transplantacyjną, w nieznacznym stopniu różni się od zadań realizowanych w 2023 r. i stąd zaistniała konieczność zmiany uchwały w tym zakresie.  Zmiana uchwały ma na celu ramowe określenie zadań NPT do końca jego realizacji, czyli do 2032 r. W projektowanej zmianie proponuje się, aby utrzymać coroczną weryfikację zadań NPT przez Krajową Radę Transplantacyjną, jednak zmiana uchwały następować będzie jedynie w momencie przedstawienia przez Radę propozycji w zakresie dodania lub usunięcia określonych zadań. Ostateczna decyzja w zakresie interwencji realizowanych w NPT pozostawać będzie w kompetencji ministra właściwego do spraw zdrowia, po rozważeniu propozycji i uzasadnienia Rady. | Planowany termin przyjęcia projektu przez RM:  III kwartał 2023 r. | <https://www.gov.pl/web/premier/projekt-uchwaly-rady-ministrow-zmieniajacej-uchwale-w-sprawie-ustanowienia-programu-wieloletniego-na-lata-20232032-pod-nazwa-narodowy-program-transplantacyjny> |
| Uchwała | Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie międzyresortowej strategii działań na rzecz zdrowia dzieci na lata 2023–2027 | Potrzeba podjęcia prac nad projektem uchwały Rady Ministrów w sprawie Międzyresortowej strategii działań na rzecz zdrowia dzieci na lata 2023–2027, zwanej dalej „uchwałą”, wynika z konieczności poprawy ogólnego zdrowia dzieci i młodzieży.  W 2021 r. w Polsce zostało zrealizowanych 24 861 interwencji zdrowia publicznego (zadań z zakresu zdrowia publicznego), w ramach których przeprowadzono 46 375 działań, z czego 6 142 działania były skierowane wyłącznie do dzieci i młodzieży. Z uwagi na mnogość i różnorodność interwencji skierowanych do dzieci i młodzieży zaistniała potrzeba skoordynowania działań podejmowanych na rożnych poziomach administracji. W przygotowanych założeniach strategii działań na rzecz zdrowia dzieci skupiono uwagę na głównych problemach zdrowotnych tej populacji.  Na obecny stan zdrowia dzieci i młodzieży niewątpliwie ogromny wpływ miała pandemia COVID-19. Od początku trwania pandemii wprowadzane były różne obostrzenia, w tym okresowe zamykanie szkół i konieczność nauki zdalnej. Uczniowie przebywając głównie w domu zostali pozbawieni dotychczasowego rytmu dnia, w tym regularnych kontaktów z rówieśnikami oraz w znacznej mierze aktywności fizycznej. Z krajowych badań przeprowadzonych w 2021 r. wynika, że odsetek uczniów w wieku 8. lat, u których występuje nadwaga lub otyłość wynosi 35,3% (częściej u chłopców – 38,5% niż dziewcząt – 32,1%). Z badań z 2021 r. wynika, że zbyt duży obwód w talii odnotowuje się u blisko 30% drugoklasistów.  W czasie pandemii wielu rodziców dostrzegło też, że w porównaniu z okresem przed pandemią zwiększyła się ilość czasu spędzana przez dzieci przed ekranem w celach niezwiązanych z edukacją, zarówno w ciągu tygodnia, jak i w weekendy. Zmniejszył się natomiast czas, jaki dziecko spędzało po lekcjach na aktywnej i energicznej zabawie. Dla oceny aktualnego stanu kondycji fizycznej cenne okazały się informacje uzyskane podczas realizacji w 2021 i 2022 r. badań kondycji fizycznej w ramach programu „Wf z AWF – aktywny powrót do szkoły”. Podczas badań dokonano pomiarów somatycznych (wysokość i masa ciała oraz obwód talii), a także pomiarów wybranych aspektów sprawności fizycznej (4 próby sprawnościowe). Odnotowano kilkunastoprocentowe obniżenie poziomu wytrzymałości w stosunku do wyników sprzed dekady, potwierdzając tym samym niebezpieczny dla zdrowia spadek wydolności krążeniowo-oddechowej. Wskazane zatem jest, aby podczas zajęć wychowania fizycznego większy nacisk kłaść na nauczanie umiejętności ruchowych, przydatnych i niezbędnych do podejmowania aktywności fizycznej. Udowodniono, że dzieci, które opanowały fundamentalne umiejętności ruchowe, częściej podejmują aktywność fizyczną.  Zmiany zaobserwowano nie tylko we wskaźnikach antropometrycznych, ale także w obszarze stanu zdrowia psychicznego uczniów klas drugich. Dziewczęta czuły się gorzej niż chłopcy. Niemal 8% dziewcząt i 6% chłopców zaklasyfikowano do grupy dzieci z objawami depresji. Bardzo dobre samopoczucie obserwowano wśród ponad połowy badanych chłopców – 52,4%. Na podstawie danych zawartych w badaniu „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań (EZOP II)” zaobserwowano, że najczęściej występującymi zaburzeniami rozwojowymi pojawiającymi się na różnych etapach życia małego dziecka w wieku 0–6 lat są zaburzenia emocjonalno-afektywne. Kolejne to: zaburzenia adaptacyjne, zaburzenia komunikacji społecznej oraz zaburzenia interakcji z innymi (łącznie ponad 420 tys.). Ponad 200 tys. dzieci w wieku 7–11 lat i 350 tys. młodzieży w wieku 12–17 lat ma zaburzenia psychiczne (zaburzenia lękowe, zaburzenia nastroju, w tym zaburzenia depresyjne i epizody manii). Wśród nich zdecydowana większość to nastoletnia młodzież.  Co trzeci nastolatek (33,6%) ma objawy problemowego użytkowania Internetu (PUI), a trzech na stu – osiąga bardzo wysokie wskaźniki problemów (3,2%). Wyniki w poszczególnych podskalach (zjawisko mierzono testem E-SAPS18) wskazują, że najsilniejszymi komponentami PUI są tolerancja (eskalacja częstości i/lub wielkości bodźca) oraz objawy somatyczne spowodowane użytkowaniem smartfona (ból w nadgarstku lub karku, zawroty głowy, pogorszenie wzroku, zmęczenie, niewyspanie). 64,1% badanych nastolatków przyznaje, że powinna mniej korzystać z telefonu. Prawie co trzeci nastolatek (29,8%) odczuwa potrzebę korzystania stale ze smartfona, a 50,2% podaje, że korzysta z telefonu dłużej niż zamierzała. Co trzeci nastolatek (31,0%) przyznaje, że nie jest w stanie funkcjonować bez smartfona, a co czwarty (24,8%) odczuwa zniecierpliwienie oraz zdenerwowanie, gdy nie może z niego korzystać.  Pod koniec 2021 r. zostały przeprowadzone przez Fundację CBOS ogólnopolskie badania na młodzieży szkolnej obejmujące m.in. używanie środków psychoaktywnych. Najczęściej zażywane przez badanych były marihuana i haszysz. Do przyjmowania ich „kiedykolwiek w życiu” przyznało się w 2021 r. 36% badanych, co oznacza spadek (o 6 punktów procentowych) w stosunku do rekordowego 2016 r. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających ostatni pomiar, marihuanę lub haszysz zażywał co piąty uczeń. Do zażywania leków uspokajających i nasennych bez przepisania przez lekarza przyznało się w 2021 r. 20,4% badanych.  Istotny wpływ na funkcjonowanie dzieci ma odpowiedni słuch i wzrok. Częstość wrodzonych, odbiorczych ubytków słuchu u noworodków i niemowląt wynosi ok. 4–5%, częstość ubytków słuchu u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym wynosi ok. 20%. Najczęstszymi przyczynami niedosłuchu przewodzeniowego u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym są nawracające stany zapalne uszu, przewlekłe wysiękowe zapalenia uszu występujące w przebiegu infekcji górnych dróg oddechowych, przerost migdałka gardłowego, alergia. W okresie szkolnym, około 8–12 roku życia, najczęściej rozpoznawalną wadą wzroku jest krótkowzroczność. Występuje ona nawet u 30–50% populacji (liczba pacjentów jest rosnąca na całym świecie). Wśród wszystkich wad wzroku wymagających korekcji okularowej około 12–20% wad to wady, które w konsekwencji mogą doprowadzić do trwałego niedowidzenia. W okresie 3–6 roku życia należy skupić się na profilaktyce wad wzroku. Ma ona na celu wyrównanie nadwzroczności i leczenia niedowidzenia oraz zeza, jak też diagnozowanie daltonizmu, co realnie może wpływać na niepowodzenia szkolne.  Szczepienia ochronne są najskuteczniejszym sposobem w walce z niebezpiecznymi, często śmiertelnymi chorobami zakaźnymi zagrażającymi zdrowiu i życiu. Są skuteczną i powszechnie akceptowaną metodą zapobiegania zachorowaniom na choroby zakaźne, zarówno w wymiarze zapobiegania tym zachorowaniom u osoby poddanej szczepieniom ochronnym (prewencji indywidualnej), jak również kształtowania odporności całej populacji na zachorowania (prewencji zbiorowej). Warunkiem osiągnięcia odporności w skali populacji jest wysoki odsetek zaszczepionych osób (zwykle odporność populacyjną osiąga się przy zaszczepieniu co najmniej ok. 90%), co skutecznie zapobiega szerzeniu się zachorowań na choroby zakaźne nie tylko wśród osób uodpornionych w drodze szczepienia, ale również osób, które ze względu na przeciwwskazania zdrowotne nie mogą być przeciw nim szczepione lub osób, które pomimo prawidłowo przeprowadzonego szczepienia nie wykształciły odporności immunologicznej. Obowiązkowe szczepienia ochronne prowadzą do wykorzenienia w przyszłości wybranych chorób zakaźnych.  Proponowane w projekcie uchwały rozwiązania mają na celu poprawę stanu zdrowia populacji dzieci i młodzieży. W celu prawidłowej realizacji zadań wynikających z opracowanej strategii niezbędna będzie międzyresortowa współpraca oraz zaangażowanie jednostek samorządu terytorialnego, które mają możliwość realizacji działań w lokalnych społecznościach. Partnerem w realizacji działań skierowanych do dzieci i młodzieży będą jednostki naukowo-badawcze, a także organizacje pozarządowe posiadające doświadczenie oraz odpowiednie zasoby kadrowe i techniczne do przygotowania i wdrażania projektów dot. podejmowania działań na rzecz aktywnej i zdrowej populacji dzieci i młodzieży. Do efektywnej realizacji strategii niezbędne będzie zwiększenie zaangażowania wszystkich grup zawodowych pracujących z dziećmi i młodzieżą w organizację i realizację projektów dotyczących zdrowia.  Na strategię składają się następujące obszary:  1. Zdrowy styl życia: żywienie i aktywność fizyczna, promocja zdrowia i profilaktyka, obejmujący:  1) prowadzenie kompleksowych działań na rzecz przeciwdziałania wadom postawy oraz zwiększenia aktywności ruchowej dzieci i młodzieży;  2) działania związane z rozbudową bazy infrastrukturalnej do uprawiania sportu;  3) promocję zdrowego stylu życia ze szczególnym uwzględnieniem właściwego żywienia,  4) leczenie otyłości.  2. Zdrowie psychiczne i profilaktyka uzależnień, obejmujące:  1) działania psychoedukacyjne dotyczące zdrowia psychicznego;  2) leczenie.  3. Ochrona wzroku i słuchu.  4. Szczepienia.  5. Zadania umożliwiające realizację strategii, obejmujące:  1) stałe monitorowanie i ocenę zdrowia dzieci;  2) podnoszenie kompetencji kadr. | Planowany termin przyjęcia projektu przez RM:  III kwartał 2023 r. | <https://www.gov.pl/web/premier/projekt-uchwaly-rady-ministrow-w-sprawie-miedzyresortowej-strategii-dzialan-na-rzecz-zdrowia-dzieci-na-lata-20232027> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie nadania statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej sołectwom: Czarna, Czarniecka Góra, Janów i Błotnica, położonym na obszarze gminy Stąporków | Burmistrz Gminy Stąporków pismem z dnia 5 października 2022 r. (znak: G.0300.112.2022) wystąpiła do Ministra Zdrowia z prośbą o wydanie decyzji w sprawie potwierdzenia możliwości prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego na obszarze uznanym za obszar ochrony uzdrowiskowej Czarniecka Góra. Minister Zdrowia po rozpatrzeniu operatu uzdrowiskowego oraz dokumentacji uzupełniającej przekazanej przez Burmistrza Gminy stwierdził, że zgodnie z art. 40 ust. 2 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych, zwanej dalej: „ustawą uzdrowiskową”, obszar ochrony uzdrowiskowej Czarniecka Góra spełnia warunki zawarte w art. 34 ust. 2 ustawy uzdrowiskowej, konieczne do potwierdzenia możliwości prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego, a tym samym, że warunki środowiskowe i występujące naturalne surowce oraz klimat gwarantują możliwość prowadzania w przyszłości lecznictwa uzdrowiskowego na obszarze ochrony uzdrowiskowej. Możliwość prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego na powyżej wskazanym obszarze została potwierdzona przez Ministra Zdrowia decyzją z dnia 6 kwietnia 2023 r. (znak: DLD.511.7.2022.(2).PP), w której ustalono również – na podstawie przedłożonych świadectw potwierdzających właściwości lecznicze naturalnych surowców leczniczych i klimatu – następujące kierunki lecznicze: choroby ortopedyczno-urazowe, choroby układu nerwowego, choroby reumatologiczne, choroby kardiologiczne i nadciśnienie, choroby górnych dróg oddechowych, choroby dolnych dróg oddechowych. Zgodnie z art. 42 ust. 1 i 2 ustawy uzdrowiskowej, minister właściwy do spraw zdrowia, po potwierdzeniu spełnienia przez obszar warunków niezbędnych do uzyskania statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej, występuje do Rady Ministrów z wnioskiem o nadanie danemu obszarowi tego statusu. Rada Ministrów, w drodze rozporządzenia, nadaje danemu obszarowi status obszaru ochrony uzdrowiskowej określając nazwę oraz granice obszaru ochrony uzdrowiskowej z uwzględnieniem właściwości leczniczych występujących na tym obszarze naturalnych surowców leczniczych i właściwości leczniczych klimatu.  Stwierdzenie przez Ministra Zdrowia – w drodze decyzji – że obszar ochrony uzdrowiskowej Czarniecka Góra spełnia warunki zawarte w art. 34 ust. 2 ustawy uzdrowiskowej, umożliwiło wystąpienie przez ministra właściwego do spraw zdrowia do Rady Ministrów w wnioskiem o nadanie wskazanemu obszarowi statusu obszaru ochrony uzdrowiskowej i tym samym przygotowanie projektu rozporządzenia, w którym określona została nazwa i granice administracyjne planowanego obszaru. Granice „Obszaru Ochrony Uzdrowiskowej Czarniecka Góra” obejmują sołectwa: Czarna, Czarniecka Góra, Janów oraz Błotnica. | Planowany termin przyjęcia projektu przez RM:  III kwartał 2023 r. | <https://www.gov.pl/web/premier/projekt-rozporzadzenia-rady-ministrow-w-sprawie-nadania-statusu-obszaru-ochrony-uzdrowiskowej-solectwom-czarna-czarniecka-gora-janow-i-blotnica-polozonym-na-obszarze-gminy-staporkow> |
| Uchwała | Projekt uchwały Rady Ministrów zmieniającej uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Centralny Zintegrowany Szpital Kliniczny – centrum medycyny interwencyjnej (etap I CZSK)” | ktualizacja programu wieloletniego pod nazwą „Centralny Zintegrowany Szpital Kliniczny – centrum medycyny interwencyjnej (etap I CZSK)”, zwanego dalej „Programem”, dotyczy:  1) zmiany wysokości finansowania z części 46 – Zdrowie w latach 2024–2027;  2) zmiany wysokości i harmonogramu finansowania z poszczególnych źródeł w latach;  3) wydłużenia realizacji Programu o 2 lata;  4) zmiany nazwy inwestora;  5) aktualizacji zakresu rzeczowego Programu.  Realizacja inwestycji przebiegała do tej pory sprawnie, jednak z uwagi na analizę cen materiałów i usług podwykonawców wykonawca etapu 1A wystąpił o waloryzację wynagrodzenia wynikającego z umowy o blisko 10%. W kolejnym etapie realizacji inwestycji (1B) w listopadzie 2022 r. ogłoszono drugie postępowanie w zakresie budowy kolejnych 3 modułów szpitalnych z łącznikami. Wartość umowy podpisanej z wykonawcą wyłonionym w ramach postępowania wyniosła blisko 359 mln zł, co oznacza znaczący wzrost w stosunku do planowanego pierwotnie finansowania budowy szpitala.  Równolegle realizowane są również postępowania na zakup wyposażenia, które zagrożone są nieadekwatnymi środkami w stosunku do obecnych cen rynkowych.  Inwestycja planowana w latach 2018–2019 zawierała poprawne szacunki cen i parametrów technicznych, a obecna sytuacja jest wynikiem uwarunkowań rynkowych, których wzrost obrazują publikowane przez GUS wskaźniki cen produkcji budowlano – montażowej, jak również wzrost poziomu inflacji oraz kursu euro.  Analizy aktualnych cen na rynku usług budowlanych wykazały, że realizacja inwestycji wyniesie łącznie 860 000 tys. zł, tj. o 269 022 tys. zł więcej niż pierwotnie planowano.  Istotą rozwiązań jest zmiana Programu w zakresie zwiększenia wartości kosztorysowej Programu, zwiększenia finansowania ze środków budżetu państwa oraz środków własnych inwestorów, aktualizacji kwot z poszczególnych źródeł w latach, dodanie nowego źródła finansowania z Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014–2020 Oś priorytetowa XI REACT-EU Działanie 11.3, wydłużenia okresu realizacji Programu o 2 lata, zmiany nazwy inwestora, aktualizacji oddziałów objętych inwestycją, rozszerzenia obszaru realizacji inwestycji oraz aktualizacji terminów uruchomienia jednostek i mierników stopnia realizacji inwestycji.  Aktualizacja finansowania z budżetu państwa polega na zwiększeniu łącznej wartości finansowania do wysokości  730 370 tys. zł, tj. o 210 000 tys.zł, w podziale na lata:  - 2020 r. – 5 000 tys. zł (bez zmian),  - 2021 r. – 15 500 tys. zł (bez zmian),  - 2022 r. – 50 000 tys. zł (bez zmian),  - 2023 r. – 149 870 tys. zł (bez zmian),  - 2024 r. – 190 000 tys. zł (aktualnie: 150 000 tys. zł – zwiększenie o 40 000 tys. zł),  - 2025 r. – 200 000 tys. zł (aktualnie: 150 000 tys. zł – zwiększenie o 50 000 tys. zł),  - 2026 r. – 105 000 tys. zł (aktualnie bez finansowania – zwiększenie o 105 000 tys. zł),  - 2027 r. – 15 000 tys. zł (aktualnie bez finansowania – zwiększenie o 15 000 tys. zł).  Aktualizacja finansowania z środków własnych inwestorów w całym okresie realizacji inwestycji, przy zwiększeniu  łącznej wartości finansowania do kwoty 92 651 tys. zł, tj.:  - do 2019 r. wydatkowano – 1 467 tys. zł (bez zmian),  - w 2020 r. wydatkowano 439 tys. zł (było 440 tys. zł – zmniejszenie o 1 tys.zł),  - w 2021 r. – 526 tys. zł (aktualnie 1 013 tys. zł – zmniejszenie o 487 tys. zł),  - w 2022 r. – 20 010 tys. zł (aktualnie 22 739 tys. zł – zmniejszenie o 2 729 tys. zł),  - w 2023 r. – 33 427 tys. zł (aktulanie 27 550 tys. zł – zwiększenie o 5 877 tys. zł),  - w 2024 r. – 36 782 tys. zł (aktualnie bez finansowania – zwiększenie o 36 782 tys. zł).  Aktualizacja finansowania ze środków Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014–2020, Oś priorytetowa IX Działanie 9.1, przeznaczonego na projekt realizowany w ramach Programu, przy zachowaniu niezmienionej łącznej wartości finansowania w wysokości 15 000 tys. zł, tj.:  - w 2020 r. – nie wydatkowano środków (bez zmian),  - w 2021 r. – 3 273 tys. zł (było 3 031 tys. zł – zwiększenie o 242 tys. zł),  - w 2022 r. – 1 936 tys. zł (było 8 219 tys. zł – zmniejszenie o 6 283 tys. zł),  - w 2023 r. – 9 791 tys. zł (było 3 750 tys. zł – zwiększenie o 6 041 tys. zł).  Aktualizacja źródeł finansowania poprzez dodanie nowego źródła w postaci środków Unii Europejskiej – Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko 2014–2020 Oś priorytetowa XI REACT-EU Działanie 11.3 w kwocie 19 580 tys. zł.  Przedstawione zmiany wpływają na zwiększenie łącznej wartości kosztorysowej Programu z 590 978 tys. zł do 860 000 tys. zł., tj. o 269 022 tys. zł.  Zaktualizowano środki wydatkowane do końca 2022 r. w ramach poszczególnych źródeł finansowania do rzeczywistych nakładów poniesionych z tytułu zawartych umów.  Ponadto zaktualizowano Program, w zakresie:  • wydłużenia okresu realizacji inwestycji lat z 2020–2025 na lata 2020–2027,  • zmiany nazwy jednego z inwestorów – Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu na Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu,  • rozszerzenia obszaru realizacji inwestycji – rozszerzono obszar objęty inwestycją przez włączenie części działek nr 3/3, 7, 8/4 – obręb 39, arkusz 14, co jest niezbędne dla zapewniania najbardziej optymalnej komunikacji na terenie nowobudowanego Szpitala (wjazdy, wyjazdy),  • aktualizacji oddziałów objętych inwestycją:  - dodano oddział: Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (SKHŚ) - Oddział Kliniczny Intensywnej Terapii Kardiologicznej i Chorób,  - zmieniono nazwę: Oddział Kardiochirurgii i Transplantologii Centralnego Zintegrowanego Szpitala Klinicznego (CZSK) na Oddział Kardiochirurgii i Transplantologii CZSK z Blokiem Operacyjnym i Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii,  • rozlokowania oddziałów w budynkach CZSK.  Zaktualizowano terminy uruchomienia jednostek i mierniki stopnia realizacji inwestycji.  Powyższe zmiany pozwolą na właściwą realizację Programu oraz wpłyną korzystnie na realizację celu Programu, jakim jest stworzenie warunków do realizacji nowoczesnego, racjonalnego i skutecznego leczenia, zwiększenie dostępności, jakości i kompleksowości świadczeń zdrowotnych dla pacjentów oraz jednocześnie stworzenie nowoczesnego i kompleksowego zaplecza dla realizacji kształcenia studentów przez budowę nowego obiektu szpitalnego – Centralnego Zintegrowanego Szpitala Klinicznego (CZSK) - centrum medycyny interwencyjnej, z utworzeniem szpitalnego oddziału ratunkowego. | Planowany termin przyjęcia projektu przez RM:  III kwartał 2023 r. | <https://www.gov.pl/web/premier/projekt-uchwaly-rady-ministrow-zmieniajacej-uchwale-w-sprawie-ustanowienia-programu-wieloletniego-pod-nazwa-centralny-zintegrowany-szpital-kliniczny--centrum-medycyny-interwencyjnej-etap-i-czsk2> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego | Celem projektowanego rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 870) jest zwiększenie dostępności do świadczeń gwarantowanych dla pacjentów z rozpoznaniem stożka rogówki.  Wprowadzenie do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego świadczenia gwarantowanego operacja stożka rogówki metodą cross-linking, zostało oparte o rekomendację nr 88/2022 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 30 września 2022 r. Procedowana zmiana ma na celu zapewnienie dostępności do przedmiotowego świadczenia.  W uzasadnieniu rekomendacji Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji podkreśla, że wyniki badań naukowych wskazują na skuteczność interwencji w spowalnianiu tempa progresji choroby. W przeglądzie systematycznym RCT (PS) Kobashi 2017 interwencja CXL w porównaniu z brakiem leczenia w ramieniu kontrolnym wykazała istotnie statystycznie lepsze wyniki dla najlepszej ostrości wzroku z korekcją okularową. Po 12 miesiącach obserwacji średnia różnica wartości skorygowanej ostrości wzroku dla CXL vs komparator wyniosła -0,09 logMAR. Wyniki dla tego punktu końcowego uzyskane w zidentyfikowanych RCT są zbieżne z wnioskami PS Kobashi 2017. Surogatowym punktem końcowym, bezpośrednio powiązanym z CXL jest pomiar krzywizny rogówki (Kmax). W badaniach omówionych w PS Kobashi 2017 wykazano dla Kmax przewagę dla CXL względem braku leczenia. Wyniki prezentowane w każdym z pozostałych włączonych do analizy RCT także wskazują na korzyści dla pacjenta. | Komisja Prawnicza | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12374951/12994311/12994312/dokument632661.pdf> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 110/2023/DSOZ  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 21 lipca 2023 r.  zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie  świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy  zdrowotne | Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 111/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 września 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne, stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn.zm).  Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem dotyczą załącznika nr 7 do zarządzenia Nr 111/2022/DSOZ, określającego warunki finansowania programu badań przesiewowych raka jelita grubego, poprzez doprecyzowanie postanowień odnoszących się do wystawiania skierowań przez realizatora programu.  Ponadto w zarządzeniu zawarto przepis przejściowy, umożliwiający zastosowanie od 1 lipca 2023 r., wycen świadczeń określonych w załączniku nr 1 do zarządzenia Nr 111/2022/DSOZ, w brzmieniu określonym zarządzeniem Nr 89/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 czerwca 2023 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne.  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 - Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 22 lipca 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1932/Zarzadzenie-110_2023_DSOZ> |
| Zarządzenie | Projekt zarządzenia - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna | Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn.zm.).  W porównaniu do dotychczasowego stanu prawnego, w zarządzeniu wprowadzono modyfikacje w zakresie wykazu i wyceny badań medycyny nuklearnej (ASDK) zgodnie z wytycznymi Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) z 17 kwietnia 2023 r.  Wprowadzone zmiany mają na celu urealnienie wycen świadczeń w zależności od użytych radiofarmaceutyków/ zestawów radiofarmeceutyków, technetu i innych produktów leczniczych czy wykonanych innych procedur będących składową realizacji badania medycyny nuklearnej.  Utworzone zostały również produkty uwzgledniające konieczność wykonania dwóch procedur podczas jednej wizyty pacjenta, skłaniając tym samym do wykonywania szerszej diagnostyki oszczędzając czas świadczeniodawcy oraz pacjenta i nie narażając go na dwukrotne podawanie radiofarmaceutyku.  W związku z powyższym, w załączniku nr 1b do zarządzenia wprowadzono następujące modyfikacje wraz z warunkami realizacji przedmiotowych badań:  Rodzaj modyfikacji Nazwa Wartość punktowa przed zmianą Nowa  wartość punktowa  usunięcie scyntygrafia narządowa (nie dotyczy tarczycy) 259 -  zmiana wyceny radioizotopowe badanie perfuzji mięśnia sercowego techniką SPECT albo techniką bramkowaną SPECT - badanie spoczynkowe 370 508  zmiana wyceny radioizotopowe badanie perfuzji mięśnia sercowego techniką SPECT albo techniką bramkowaną SPECT - z testem obciążeniowym 416 644  zmiana wyceny radioizotopowe badanie perfuzji mięśnia sercowego techniką SPECT albo techniką bramkowaną SPECT - badanie spoczynkowe+badanie z testem obciążeniowym 721 1153  usunięcie tomografia emisyjna pojedynczych fotonów (SPECT) - nie obejmuje radioizotopowego badania perfuzji mięśnia sercowego techniką SPECT albo techniką bramkowaną SPECT) 342 -  usunięcie scyntygrafia całego ciała (układ kostny) 388 -  zmiana wyceny scyntygrafia tarczycy 111 185  zmiana wyceny limfoscyntygrafia 323 664  nowy produkt scyntygrafia układu kostnego 1  - 364  nowy produkt scyntygrafia układu kostnego 2  - 561  nowy produkt ocena położenia węzła wartowniczego metodą SPECT lub SPECT/CT  - 908  nowy produkt scyntygrafia wątroby lub śledziony  - 486  nowy produkt scyntygrafia nerek  - 407  nowy produkt scyntygraficzna diagnostyka krwawienia z przewodu pokarmowego  - 943  nowy produkt scyntygraficzne badanie przepływu krwi w mózgu/krążenia płynu mózgowo-rdzeniowo  - 893  nowy produkt scyntygrafia przytarczyc metodą dwufazową i metodą subtrakcyjną  - 520  nowy produkt scyntygrafia przytarczyc metodą dwufazową SPECT lub SPECT/CT  - 618  nowy produkt scyntygrafia płuc perfuzyjna metodą planarną i SPECT lub SPECT/CT  - 666  nowy produkt scyntygrafia narządowa  - 337  Oszacowany przez AOTMiT skutek finansowy wprowadzanych modyfikacji wynosi:  - wydatki płatnika na badania rozliczane w ramach SOK spadną o 24,9 mln zł,  - wydatki płatnika na badania rozliczane w ramach AOS wzrosną o 30,4 mln zł,  a zatem wydatki płatnika na przedmiotowe badania po wprowadzeniu zmian w obu ww. rodzajach świadczeń wzrosną o 5,5 mln zł.  Przepisy zarządzenia mają zastosowanie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 września 2023 r.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.  Projekt przedmiotowego zarządzenia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2023 poz. 1194), został przedstawiony do konsultacji zewnętrznych. W ramach konsultacji publicznych projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych), reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust.1 ustawy o świadczeniach. | Uwagi do 4 sierpnia 2023 r. | <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/projekty-zarzadzen/projekt-zarzadzenia-ambulatoryjna-opieka-specjalistyczna,6849.html> |
| Zarządzenie | Projekt zarządzenia - świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie | Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn.zm.).  Niniejszym zarządzeniem zmieniającym zarządzenie Nr 167/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, wprowadzono zmiany w zakresie "badania izotopowe" (11.0000.040.02) .  Zmiany te wynikają z opracowania analitycznego nr WT.543.03.2023 z dnia 17 kwietnia br., przygotowanego przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i przekazanego Ministerstwu Zdrowia, dotyczącego świadczeń z zakresu badań medycyny nuklearnej oraz badań izotopowych.  Na podstawie przeprowadzonych analiz AOTMiT zaproponowała przebudowę katalogu badań izotopowych i medycyny nuklearnej poprzez wyodrębnienie nowych produktów rozliczeniowych i precyzyjnie pogrupowanie procedur i ich kombinacji do odpowiednich produktów.  Projektowane zmiany polegają na:  1) usunięciu z katalogu zakresów świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie 3 obecnie istniejących produktów rozliczeniowych:  - scyntygrafia całego ciała z zastosowaniem znakowanych analogów somatostatyny,  - scyntygrafia nadnerczy/innych okolic ciała,  - scyntygrafia z zastosowaniem znakowanych leukocytów;  2) utworzeniu na ich miejsce 7 nowych produktów rozliczeniowych:  - Scyntygrafia całego ciała z zastosowaniem znakowanych analogów somatostatyny techniką SPECT/CT,  - Scyntygrafia z zastosowaniem znakowanych leukocytów przeciwciałami monoklonalnymi,  - Scyntygrafia z zastosowaniem znakowanych HM-PAO leukocytów,  - Scyntygrafia kory nadnerczy z zastosowaniem 131I-Norcholesterolu,  - Scyntygrafia nadnerczy/ innych okolic ciała z zastosowaniem 123 I-MIBG,  - Scyntygrafia nadnerczy/ innych okolic ciała z zastosowaniem 131 I-MIBG,  - Scyntygrafia całego ciała z zastosowaniem 131I;  3) nowych wycenach dla pozostałych 3 produktów rozliczeniowych, tj.:  - scyntygrafia wentylacyjna płuc,  - scyntygrafia całego ciała z zastosowaniem cytrynianu galu,  - diagnostyka zaburzeń czynności układu pozapiramidowego w przebiegu schorzeń zwyrodnieniowych ośrodkowego układu nerwowego za pomocą radiofarmaceutyków,  4) wprowadzeniu w uwagach szczegółowych warunków rozliczania dla wszystkich produktów rozliczeniowych w zakresie badania izotopowe, powiązanych z wykonaniem konkretnych procedur medycznych wg ICD-9.  Ponadto wprowadzono zmiany w załącznikach nr 2, 2a, 2b, 2d do zarządzenia, stanowiących wzory umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w celu dostosowania postanowień umów do § 31 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 787).  Jednoczasowo z powyższymi zmianami, od dnia 1 września br., wejdą w życie także zmiany w rozliczaniu badań medycyny nuklearnej oraz badań izotopowych finansowanych jako ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne, w ramach rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, ponieważ zaproponowana przez AOTMiT przebudowa katalogu badań obejmuje zarówno rodzaj świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (w skrócie SOK), jak i rodzaj ambulatoryjna opieka specjalistyczna (w skrócie AOS).  Oszacowany przez AOTMiT skutek finansowy wprowadzanych modyfikacji:  -wydatki płatnika na badania rozliczane w ramach SOK spadną o 24,9 mln zł tj. o 40% (z 61,9 mln zł do 37,1 mln zł),  - wydatki płatnika na badania rozliczane w ramach AOS wzrosną o 30,4 mln zł tj. o 48% (z 62,9 mln zł do 93,4 mln zł),  - wydatki płatnika na przedmiotowe badania po wprowadzeniu zmian w obu ww. rodzajach świadczeń wzrosną o 5,5 mln zł tj. o 4% względem dotychczasowych wydatków (z 124,9 mln zł do 130,4 mln zł).  Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 787 z późn. zm.), zostanie poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 21 dni. W ramach konsultacji projekt zostanie przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Krajowa Izba Fizjoterapeutów, Naczelna Izba Aptekarska) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Uwagi d o 4 sierpnia 2023 r. | <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/projekty-zarzadzen/projekt-zarzadzenia-swiadczenia-zdrowotne-kontraktowane-odrebnie,6848.html> |
| Zarządzenie | Projekt zarządzenia - leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne | Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).  Niniejszym zarządzeniem zmieniającym zarządzenie Nr 1/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.) wprowadza się następujące zmiany:  W wyniku prac Zespołu do spraw opracowania propozycji zmiany finansowania świadczeń pediatrycznych powołanego Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 marca 2022 r. w niniejszym zarządzeniu wprowadzono mechanizm cząstkowego rozliczania hospitalizacji trwających powyżej 30 dni dedykowany zakresom dziecięcym. Wprowadzony produkt 5.53.01.0000000 Hospitalizacja dziecięca > 30 dni po okresie sprawozdawczym umożliwi rozliczenie na podstawie ryczałtu miesięcznego o wartości 8010 pkt (267 pkt x 30 dni), który świadczeniodawca będzie mógł rozliczyć w ramach otwartego kontaktu tj. niezakończonej hospitalizacji dla pobytów trwających powyżej 30 dni. Świadczeniodawca będzie miał możliwość cyklicznego rozliczania ww. produktu do momentu zakończenia hospitalizacji. Po zakończonej hospitalizacji zostanie umożliwione rozliczenie produktu 5.52.01.0001363 Rozliczenie za zgodą płatnika ale wartość wskazana  w zgodzie płatnika będzie pomniejszona o ryczałt pobrany w trakcie trwania hospitalizacji.  Proponowany nowy produkt do sumowania w ramach katalogu 1c będzie świadczeniem w ramach, którego świadczeniodawca otrzyma ryczałtowo uśrednioną równowartość „podstawowych kosztów pobytu”. Wstępnie zaproponowana została koncepcja tzw. „osobomiesiąca” tj. zaliczkowania kolejnych pełnych 30 dni hospitalizacji bez względu na jej charakter (zabiegowa, zachowawcza).  Skutek finansowy wynikający z wprowadzonej niniejszym zarządzeniem zmiany na dzień publikacji zarządzenia skutek finansowy nie jest możliwy do oszacowania (nie generuje dodatkowych skutków).  Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 787 z późn. zm.), zostanie poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 14 dni. W ramach konsultacji projekt zostanie przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Krajowa Izba Fizjoterapeutów, Naczelna Izba Aptekarska) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.  Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 października 2023 r.  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania. | Uwagi do 3 sierpnia 2023 r. | <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/projekty-zarzadzen/projekt-zarzadzenia-leczenie-szpitalne-swiadczenia-wysokospecjalistyczne,6847.html> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r. w sprawie zakażeń i chorób zakaźnych objętych obowiązkiem przekazywania państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu danych o wynikach leczenia lub o wykluczeniu nosicielstwa u ozdrowieńca | Projekt rozporządzenia reguluje kwestię informowania organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej o wynikach leczenia lub wykluczeniu nosicielstwa wypisywanych ze szpitala lub miejsca izolacji pacjentów (ozdrowieńców), którzy odbyli obowiązkową hospitalizację z powodu podejrzania lub przebycia zakażenia lub zachorowanie na następujące choroby zakaźne: błonicę, cholerę, dur brzuszny, dury rzekome A, B i C, gruźlicę, ospę małpią oraz ostre nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis).  Informowanie organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej o wypisywanych ze szpitala pacjentach, którzy byli podejrzani lub przebyli zakażenie lub zachorowanie na błonicę, cholerę, dur brzuszny, dury rzekome A, B i C, gruźlicę oraz ostre nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis) o wynikach leczenia oraz statusie nosicielstwa, co pozwoli objąć te osoby indywidualnym nadzorem epidemiologicznym oraz – w razie potrzeby – zaoferować szczepienia ochronne osobom przebywającym w otoczeniu domowym, rodzinnym i bliskim otoczeniu społecznym nosicieli. W projektowanym rozporządzeniu ujęto również ospę małpią, której podejrzenia oraz przypadki potwierdzone są objęte obowiązkiem hospitalizacji. | Wejście w życie 3 sierpnia 2023 r. | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000138001.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej | Celem projektowanego rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, z późn. zm.) jest zwiększenie dostępności do świadczenia gwarantowanego, które dotychczas nie było dostępne dla pacjentów w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a to z kolei ma znaczenie dla poprawy zdrowia pacjentów. Badanie nasienia (seminogram) jest podstawowym badaniem pierwszego rzutu wykorzystywanym w diagnostyce niepłodności męskiej, która powinna się rozpocząć równolegle z diagnostyką kobiety. W trakcie badania analizowane są ogólne parametry nasienia, takie jak objętość i lepkość ejakulatu, czas upłynnienia, pH, wygląd nasienia, ogólna liczba plemników w nasieniu, liczba plemników w 1 ml ejakulatu, odsetek żywych i poruszających się plemników, a także ewentualna aglutynacja (zgrupowanie) plemników i stopień jej zaawansowania.  Badanie nasienia jest jednym z najważniejszych elementów procesu diagnostycznego w przypadku męskiej niepłodności. Prawidłowy wynik badania pozwala na wstrzymanie dalszej diagnostyki, natomiast nieprawidłowy – pozwala zaplanować dalsze działania związane z pogłębioną diagnostyką.  W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej do załącznika nr 2 dodaje się nowe świadczenie opieki zdrowotnej „Badanie nasienia (seminogram)”. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12374858/12993552/12993553/dokument632302.pdf> |
| Ustawa | Projekt ustawy o zmianie ustawy o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego oraz niektórych innych ustaw | Obecnie zadania dotyczące kształcenia podyplomowego w zawodach medycznych są realizowane przez dwa podmioty. Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych jest monitorowane przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych (dalej: CKPPiP). Natomiast za organizację i realizację elementów kształcenia podyplomowego lekarzy, lekarzy dentystów, farmaceutów, fizjoterapeutów, diagnostów laboratoryjnych, ratowników medycznych oraz innych osób legitymujących się dyplomem ukończenia studiów wyższych, które wykonują zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia odpowiada Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (dalej: CMKP).  Mając na uwadze zmieniające się potrzeby w zakresie jakości, dostępności, specyfiki i metod kształcenia podyplomowego i specjalizacyjnego pielęgniarek i położnych, uwzględniając potrzeby epidemiologiczne i zmiany demograficzne zachodzące w społeczeństwie, konieczne jest zapewnienie pielęgniarkom i położnym odpowiednich warunków do dalszego kształcenia i rozwoju, analogicznych do warunków, jakie mają przedstawiciele pozostałych zawodów medycznych.  Odrębne funkcjonowanie dwóch jednostek zajmujących się kształceniem podyplomowym zawodów medycznych, wydaje się być problematyczne wobec konieczności konsolidacji wszystkich zawodów medycznych. Dotychczasowy podział tych jednostek utrudnia grupie zawodowej pielęgniarek i położnych dostęp do osiągnieć naukowych w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, wymianę doświadczeń i integrację przedstawicieli wszystkich zawodów medycznych, a tym samym ogranicza możliwość rozwoju zawodowego.  Aktualnie kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych jest prowadzone przez uprawnione podmioty, określone w art. 75 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 2702, z późn. zm.). Organizatorzy kształcenia w myśl obowiązujących przepisów prawa nie są objęci procesem akredytacji. Jedynie część z nich (podmioty, o których mowa w art. 75 ust. 1 pkt 2) jest zobligowana do ubiegania się o wpis do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe, prowadzonego obecnie przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych oraz Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych (NRPiP). Obecny model kształcenia nie zapewnia wystarczająco wysokiego poziomu kształcenia podyplomowego i wymaga wprowadzenia systemu akredytacyjnego w przypadku specjalizacji, natomiast w pozostałych rodzajów kształcenia podyplomowego, systemu weryfikacji spełniania warunków prowadzenia kształcenia na etapie wpisu do rejestru.  Obecnie minister właściwy do spraw zdrowia może uznawać tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa wyłączenie uzyskany w krajach Unii Europejskiej, w ostatnich latach wpływają do Ministerstwa Zdrowia wnioski pielęgniarek o uznanie tytułu specjalisty zdobytego poza Unią Europejską, co nie pozwala na uznania tytułu specjalisty zdobytego przez pielęgniarkę albo położna poza terytorium UE.  Dodatkowo aktualnie rejestr podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe jest prowadzony przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych oraz Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, co powoduje niejednolitą realizację tego zadania.  W celu zapewnienia jednolitego, wysokiego standardu szkoleń dla wszystkich zawodów medycznych działających w sektorze ochrony zdrowia zasadnym jest utworzenie jednej jednostki kształcenia podyplomowego dla wszystkich medycznych grup zawodowych. Dlatego też projekt zakłada likwidację CKPPiP i przeniesienie realizowanych przez tą jednostkę zadań do CMKP.  CMKP wykonuje działalność dydaktyczną i badawczą w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w podmiotach leczniczych, dla których CMKP jest podmiotem tworzącym, a także w jednostkach organizacyjnych innych podmiotów leczniczych. Ponadto zadaniem CMKP jest dokonywanie analizy potrzeb w zakresie kształcenia medycznego, oceny skuteczności tego kształcenia oraz doskonalenie form i metod kształcenia podyplomowego; gromadzenie i opracowywanie informacji dotyczących organizacji, przebiegu i jakości kształcenia na medycznych studiach podyplomowych w ochronie zdrowia; prowadzenie informacji naukowej oraz opracowywanie dokumentacji związanej z przedmiotem działalności CMKP, a także prowadzenie działalności wydawniczej, również w formie elektronicznej. Proponowana zmiana umożliwi rozwój zawodowy pielęgniarkom i położnym, w takim zakresie i na takim poziomie jaki jest dostępny dla innych zawodów medycznych. Zintegrowanie tych dwóch jednostek umożliwi również ww. grupie zawodowej łatwiejszy dostęp do prowadzenia działalności naukowej, dydaktycznej oraz uczestnictwa w inicjowaniu i wspólnym prowadzeniu badań naukowych. Dodatkowo, nastąpi ujednolicenie procesu związanego z przeprowadzeniem Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego dla pielęgniarek i położnych (dalej: PES), co pozwoli na wypracowanie jednolitych kryteriów egzaminowania dla wszystkich zawodów medycznych, w tym przekazanie od 2026 r. zadań związanych z organizacją PES do Centrum Egzaminów Medycznych (dalej: CEM).  W projektowanych rozwiązaniach wprowadzono możliwość uznania przez ministra właściwego do spraw zdrowia tytułu specjalisty uzyskanego przez pielęgniarkę lub położną w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej przed dniem 1 stycznia 2021 r., za równoważny tytułowi specjalisty w określonej dziedzinie pielęgniarstwa albo dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej, oraz możliwość uznania pielęgniarce albo położnej, tytułu specjalisty uzyskanego poza terytorium Unii Europejskiej, za równoważny z tytułem specjalisty w określonej dziedzinie pielęgniarstwa albo dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej.  Projektowane rozwiązana zakładają, że specjalizacja będzie mogła być prowadzona przez organizatorów kształcenia posiadających akredytację rektora CMKP, co pozwoli na zapewnienie wysokiej jakości prowadzonych specjalizacji.  W projekcie ustawy wprowadza się przepis, który stanowi, że rejestr podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe będzie prowadzony wyłącznie przez NRPiP. Obecnie rejestry są prowadzone NRPiP i 45 okręgowych izb pielęgniarek i położnych, co powoduje niejednolitą realizację tego zadania.  Zgodnie z projektowanymi rozwiązaniami, podmioty ubiegające się o prowadzenie kursów kwalifikacyjnych, kursów specjalistycznych i kursów dokształcających, na etapie wpisów do rejestru, zostaną objęte szczegółową weryfikację przez NRPiP. Organ rejestrowy już na etapie udzielania wpisu do rejestru będzie mógł weryfikować, posiadanie przez organizatora kształcenia bazy dydaktycznej do realizacji staży określonych w programie kształcenia, w tym będzie posiadał uprawnienia, do żądania dodatkowych wyjaśnień i dokumentów dotyczących zapewnienia kadry dydaktycznej oraz miejsca prowadzenia kształcenia teoretycznego i praktycznego.  Dzięki takiemu rozwiązaniu ujednolicona zostanie procedura wpisu do rejestru i monitorowanie realizacji kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. Istotnym czynnikiem przemawiającym za dokonaniem powyższych zmian jest również ujednolicenie procedury kontroli organizatorów kształcenia podyplomowego zgodnie z wpisem do rejestru. Ujednolicenie kontroli i monitorowania realizacji kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w konsekwencji powinno minimalizować ewentualne nieprawidłowości i umożliwić sprawne podejmowanie działań naprawczych w tym zakresie. | 10-07-2023 skierowany do opinii BL;  11-07-2023 skierowany do konsultacji (SN, NRA, KRRP, UODO, RGNiSzW, KRASzP, KRePUZ, KRZSzP, PS RP, KRD i PAN) | <https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/Projekty/9-020-1309-2023/$file/9-020-1309-2023.pdf> |
| Ustawa | Poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (druk 3259) | projekt dotyczy wdrożenia nowego modelu pozasądowego rekompensowania szkód doznanych przez pacjentów w wyniku zaistnienia zdarzeń medycznych | Skierowano do: Komisji Zdrowia dnia 19-07-2023 | <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/druk.xsp?nr=3259> |
| Ustawa | Obywatelski projekt ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (druk nr 3421) | projekt dotyczy zobowiązania podmiotu leczniczego do ustalenia na nowo wynagrodzenia zasadniczego pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, który po dniu 1 lipca uzyskał kwalifikacje zawodowe powodujące zaliczenie pracownika do grupy zawodowej o wyższym współczynniku pracy określonym w załączniku do ustawy | Posiedzenie Sejmu 28 lipca 2023r. (głosowanie nad wnioskiem o skierowanie projektu ustawy dodatkowo do Komisji Finansów Publicznych) | <https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/3AA7368C0B305836C12589E2003B2809/%24File/3421.pdf> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 109/2023/DGL  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 18 lipca 2023 r.  zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju  leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia | Zarządzenie stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).  Postanowieniami zarządzenia wprowadza się zmiany w zarządzeniu Nr 17/2022/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 lutego 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia, dostosowujące do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2023 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 lipca 2023 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 49), wydanego na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2555, z późn. zm.).  Najważniejsze zmiany dotyczą załącznika nr 1n - katalog leków refundowanych stosowanych w chemioterapii i polegają na:  a) dodaniu kodów GTIN dla substancji czynnej:  - 5.08.10.0000095 – Bevacizumabum - GTIN: 05996537007047, 05996537008044,  - 5.08.10.0000005- Calcii folinas - GTIN: 05907626707571,  b) usunięciu kodu GTIN dla substancji czynnej:  - 5.08.10.0000029 - Fulvestrantum - GTIN: 05909991441562.  - zgodnie ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym.  Oznaczenie stosowania przepisów do rozliczania świadczeń w sposób wskazany w § 2 zarządzenia, wynika z konieczności zapewnienia ciągłości stosowania przepisów w przedmiotowym zakresie, zgodnie z ww. obwieszczeniem Ministra Zdrowia oraz z terminów obowiązywania decyzji administracyjnych Ministra Zdrowia w sprawie objęcie refundacją i określenia ceny urzędowej leków zawartych w niniejszym zarządzeniu.  Wobec powyższego zarządzenie stosuje się do świadczeń udzielanych od 1 lipca 2023 r.  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.  Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący.  Z uwagi na to, iż zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem mają charakter dostosowujący, porządkujący oraz wynikają ze zmiany przepisów prawa, projekt przedmiotowego zarządzenia nie został poddany konsultacjom społecznym.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 19 lipca 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1928/Zarzadzenie-109_2023_DGL> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 108/2023/DI  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 14 lipca 2023 r.  zmieniające zarządzenie w sprawie finansowania działań w celu podniesienia poziomu bezpieczeństwa  teleinformatycznego u świadczeniodawców | Niniejsze zarządzenie stanowi wykonanie decyzji Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2022 r. znak: DIWP.07.5.2022.KW, wydanej na podstawie art. 11h ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID- 19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 2095, z późn.zm.), zmienionej decyzją Ministra Zdrowia z dnia 8 sierpnia 2022 r. znak: DIWP.07.5.2022.KW, z dnia 2 września 2022 r. znak:  DIWP.07.5.2022.KW, z dnia 22 grudnia 2022 r. znak: DIWP.07.5.2022.KW oraz z dnia 5 czerwca 2023 r. znak: DIWP.07.5.2022.KW.  Wprowadzone zarządzenie:  - przedłuża możliwość finansowania działań w celu podniesienia poziomu bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych świadczeniodawców - finansowanie obejmuje wydatki świadczeniodawców ponoszone od dnia 29 kwietnia 2022 r. do dnia 24 listopada 2023 r.  - umożliwia świadczeniodawcom złożenie wniosku o zawarcie umowy o dodatkowe finansowanie działań w celu podniesienia poziomu bezpieczeństwa teleinformatycznego (pod warunkiem rozliczenia i zakończenia poprzedniej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia). | Wejście w życie 15 lipca 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1924/Zarzadzenie-108_2023_DI> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 106/2023/DSOZ  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 7 lipca 2023 r.  zmieniające zarządzenie w sprawie umów o realizację programu pilotażowego "Profilaktyka 40 PLUS" | Niniejsze zarządzenie w sprawie zawarcia umów o realizację programu pilotażowego "Profilaktyka 40 PLUS", stanowi wykonanie upoważnienia określonego w art. 48e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.) i jest zgodne ze Strategią Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 realizując założenia celu nr 2.4 "Zwiększenie zakresu działań profilaktycznych".  Zarządzenie wdraża przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2023r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego "Profilaktyka 40 PLUS" (DZ. U. poz. 1239) obejmujące m.in: zmianę warunków organizacji i realizacji programu w zakresie:  a) wydłużenia realizacji programu pilotażowego do 30 czerwca 2024 r.,  b) możliwości ponownego skorzystania z programu po upływie co najmniej 12 miesięcy od pierwszego świadczenia,  c) obowiązku e-rejestracji, centralnej rejestracji oraz udostępnienia harmonogramów pracy do CeZ,  c) wyceny badań | Wejście w życie z dnia 8 lipca 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1920/Zarzadzenie-106_2023_DSOZ> |
| Zarządzanie | ZARZĄDZENIE NR 105/2023/DSOZ  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 5 lipca 2023 r.  zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie  świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne | Niniejsze zarządzenie wprowadza zmiany w zarządzeniu Nr 60/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 kwietnia 2023 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne i stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).  Na wniosek środowiska medycznego reprezentowanego w szczególności przez Naczelną Izbę Lekarską oraz konsultantów krajowych w dziedzinach lekarsko-dentystycznych zniesione zostały odrębne kwoty zobowiązania w przypadku finansowania świadczeń rozliczanych pakietami.  W konsekwencji powyższego, zmieniono również definicję etatu przeliczeniowego w zakresie wielkości etatu przeliczeniowego.  Zgodnie z § 4 zarządzenia przepisy niniejszego zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 lipca 2023 r.  Projekt niniejszego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2022 r. poz. 787, z późn. zm.), został przesłany do konsultacji zewnętrznych, oraz w celu wniesienia uwag konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31b ust. 1 ustawy o świadczeniach do dnia 27 czerwca 2023 r.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 6 lipca 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1916/Zarzadzenie-105_2023_DSOZ> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 104/2023/DSOZ  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 5 lipca 2023 r.  zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki  zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna | Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 79/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).  Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem wynikają z aktualizacji przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wyceny świadczeń w budżecie powierzonym opieki koordynowanej.  W związku z powyższym dokonano zmiany w załączniku nr 1 i nr 21 do zarządzenia. Jednocześnie w § 23a ust. 1 zarządzenia podniesiono o 6,49% wysokość stawek dodatku kwotowego w przypadku objęcia przez świadczeniodawcę opieką świadczeniobiorców chorych przewlekle.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania i stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 lipca 2023 r. | Wejście w życie 6 lipca 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1909/Zarzadzenie-104_2023_DSOZ> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 103/2023/DSOZ  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 4 lipca 2023 r.  zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie  świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna | Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn.zm.).  Przedmiotowe zarządzenie wprowadza zmiany w zarządzeniu Nr 57/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 marca 2023 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, polegające na:  1) dodaniu nowych produktów dotyczących diagnostyki patomorfologicznej;  2) modyfikacji wykazu procedur w produktach rozliczeniowych dedykowanych diagnostyce podstawowej i rozszerzonej chorób reumatologicznych.  Ad. 1.W załączniku nr 5c do zarządzenia dodano produkty rozliczeniowe:  ·5.05.00.0000108 dodatkowy koszt diagnostyki patomorfologicznej w AOS – materiał onkologiczny mały,  ·5.05.00.0000109 dodatkowy koszt diagnostyki patomorfologicznej w AOS – materiał onkologiczny specjalny.  Jednocześnie określono zasady ich sprawozdawania i rozliczania.  Wprowadzenie dodatkowego finansowania badań patomorfologicznych ma na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń w ramach diagnostyki onkologicznej prowadzonej na rzecz pacjentów posiadających kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz umożliwienie pacjentom onkologicznym uzyskania świadczeń na najwyższym poziomie, dlatego produkty te są przeznaczone do rozliczania przez świadczeniodawców, którzy uzyskali, na zasadach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 2135), certyfikat akredytacyjny Ministra  Zdrowia w zakresie działalności jednostki diagnostyki patomorfologii, będącej jednostką organizacyjną tego świadczeniodawcy.  Powyższe działania są zgodne ze stanowiskiem Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) wyrażonym w piśmie nr WT.5403.13.2023.AS.2 z 20 kwietnia 2023 r.  W zarządzeniu (dodawany § 12 ust. 12b) dopuszczono możliwość uwzględniania przy rozliczaniu świadczeń Certyfikatów uczestnictwa w projekcie PO WER, dla świadczeniodawców, którzy w projekcie PO WER pn. "Wsparcie procesu poprawy jakości w patomorfologii poprzez wdrożenie standardów akredytacyjnych oraz wzmocnienie kompetencji kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi" uzyskali ocenę niezbędną do uznania spełnienia standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania jednostek diagnostyki patomorfologicznej zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2021 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania jednostek diagnostyki patomorfologicznej (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 75), na poziomie minimum 75% możliwej do uzyskania liczby punktów. Ww. certyfikaty będą uwzględniane przy rozliczeniach przez okres 3 lat od ich wydania przez Ministra Zdrowia (realizując w tym zakresie wniosek Ministra Zdrowia).  Jednocześnie w treści normatywnej zarządzenia wskazano na konieczność posiadania powyższego certyfikatu akredytacyjnego oraz określono zasady jednolitego trybu postępowania w oddziałach wojewódzkich Funduszu w zakresie umożliwiania świadczeniodawcom rozliczania dodatkowych kosztów diagnostyki patomorfologicznej przy tworzeniu indywidualnego pakietu świadczeń w umowach zawartych z Funduszem (dodawany w § 12 ust. 12a - 12c ).  Ad. 2. W Charakterystyce Grup Ambulatoryjnych Świadczeń Specjalistycznych (załącznik nr 7 do zarządzenia), w części dotyczącej reumatologii, poprawiono oczywiste pomyłki w wykazie wskazanych  procedur polegające na: usunięciu badania "O95 Żelazo (Fe)" z listy RDP 1, ponieważ procedura ta jest także na liście RDP 2, zmianie procedury "89.52 Elektrokardiogram" na procedurę "89.522 Elektrokardiogram z 12  lub więcej odprowadzeniami (z opisem)", wskazaną w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz zmianie w liście RDP1 procedury "99.9958 Badanie antygenów zgodności tkankowej wykonywane w celu diagnostyki spondyloartropatii" w brzmieniu określonym w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na doprecyzowaną dla zakresu reumatologii procedurę "J41 HLA B27".  Ponadto zmodyfikowano treść § 12 ust. 13, w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. poz. 650).  Szacowany roczny skutek finansowy po stronie płatnika publicznego dla wprowadzonych zmian, w niniejszym zarządzeniu oraz zarządzeniu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne wynosi około 110,6 mln zł.  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.  Projekt przedmiotowego zarządzenia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2022 r. poz. 787, z późn. zm.), został przedstawiony do konsultacji zewnętrznych. W ramach konsultacji publicznych projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych), reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust.1 ustawy o świadczeniach.  W ramach konsultacji 15 podmiotów wyraziło opinię, w tym 13 podmiotów zgłosiło uwagi do projektu zarządzenia, zasadniczo odnoszących się do charakterystyki wprowadzonych produktów rozliczeniowych dla diagnostyki patomorfologicznej, określonych w załączniku nr 5c do zarządzenia AOS. Z tego względu, ostateczne merytoryczne brzmienie załącznika dot. wykazu badań patomorfologicznych w chorobach nowotworowych zostało wypracowane w ścisłym porozumieniu z Agencją Oceny Technologii Medycznych  i Taryfikacji oraz z konsultantem krajowym w dziedzinie patomorfologii i jest przywołane w zarządzeniu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, do którego odwołanie jest zamieszczone w załączniku nr 5c do zarządzenia AOS (załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia). Uwagi dotyczące certyfikatu akredytacyjnego w zakresie działalności jednostki diagnostyki patomorfologicznej niebędącej jednostką organizacyjną świadczeniodawcy nie zostały uwzględnione. Ponadto, w uzgodnieniu z AOTMiT oraz Ministrem Zdrowia, do pakietów diagnostyki wstępnej dodano możliwość wykazania do rozliczenia nowych produktów dotyczących diagnostyki patomorfologicznej, również z zastrzeżeniem, że koszt diagnostyki patomorfologicznej może być wykazany jednokrotnie albo ramach diagnostyki wstępnej albo w ramach diagnostyki pogłębionej.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 5 lipca 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1905/Zarzadzenie-103_2023_DSOZ> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 102/2023/DSOZ  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 3 lipca 2023 r.  zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego  szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej | Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 136c ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), na mocy którego Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia upoważniony jest do określenia szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.  Niniejszym zarządzeniem wprowadzono zmiany w zarządzeniu Nr 172/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 grudnia 2022 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.  Zmiany w ww. regulacji są następstwem zatwierdzonej przez Ministra Zdrowia rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 54/2023 z dnia 31 maja 2023 r. w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Pismem z dnia 18 czerwca 2023 r., znak: DLG.742.59.2023.MG, Minister Zdrowia przekazał rekomendację celem jej zaimplementowania do systemu opieki zdrowotnej z dniem 1 lipca 2023 r.  W związku z powyższym zmieniono brzmienie w § 7 ust. 5, poprzez ustalenie współczynnika korygującego o wartości 1,30 dla świadczeniodawców zakwalifikowanych do pierwszego lub drugiego poziomu w ramach PSZ, w przypadku sprawozdawania produktów sprawozdawczych: F72, F73, F82, F83, F93, F94, G25E, G25F, H83, J34, Q23, Q24 - zgodnie z zatwierdzoną rekomendacją.  Ponadto, w związku z wystąpieniem prof. dr hab. Henryka Skarżyńskiego - Konsultanta krajowego w dziedzinie otorynolaryngologii, Dyrektora Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w sprawie zbyt szerokiego wyodrębnienia zakresu skojarzonego: otorynolaryngologia – hospitalizacja – C05G, C05H, C06G, C06H, C07G, C07H, C07I z ryczałtu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia (PSZ) w odniesieniu do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 kwietnia 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (Dz. U. poz. 693) dokonano następującej modyfikacji załącznika nr 1 do zarzadzenia.  Z zakresu: otorynolaryngologia – hospitalizacja – C05G, C05H, C06G, C06H, C07G, C07H, C07I, który do tej pory funkcjonował, dla świadczeniodawców w systemie PSZ i poza systemem PSZ, zostały utworzone dwa zakresy świadczeń tj :  1) otorynolaryngologia – hospitalizacja (świadczenia sprawozdawane w ryczałcie PSZ) - C05H, C06G, C06H, C07H, C07I oraz  2) otorynolaryngologia – hospitalizacja (świadczenia finansowane odrębnie w PSZ) - C05G, C07G, z wyjątkiem wymiany procesora mowy implantu do pnia mózgu.  Natomiast zakres: otorynolaryngologia – hospitalizacja – C05G, C05H, C06G, C06H, C07G, C07H, C07I będzie miał zastosowanie tylko dla umów poza systemem PSZ.  W związku z powyższym w odniesieniu do wyodrębnionego świadczenia określonego w ww. rozporządzeniu tj.: leczenie głębokich zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych wraz z okresową wymianą procesora mowy, został wyodrębniony zakres dedykowany dla ww. świadczenia zawierający grupę C05G - Leczenie zaburzeń słuchu za pomocą implantów ślimakowych oraz grupę C07G - Wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu z wyjątkiem wymiany procesora mowy implantu do pnia mózgu. Konsekwencją zmiany jest modyfikacja załącznika do niniejszego zarządzenia, poprzez wskazanie w lp. 626 prawidłowego zakresu świadczeń o kodzie 03.4610.991.02 otorynolaryngologia – hospitalizacja (świadczenia finansowane odrębnie w PSZ) - C05G, C07G.  Wprowadzone zmiany wpisują się w realizację celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania i stosuje się do świadczeń udzielanych od 1 lipca 2023 r., z wyjątkiem załącznika do niniejszego zarządzenia, który stosuje się do świadczeń udzielanych od 1 maja 2023 r. | Wejście we życie 4 lipca 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1898/Zarzadzenie-102_2023_DSOZ> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 101/2023/DSOZ  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 30 czerwca 2023 r.  zmieniające zarządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie oddziaływań terapeutycznych  skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich  rodzin | Niniejsze zarządzenie dokonuje nowelizacji zarządzenia Nr 199/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 grudnia 2021 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin i ma na celu dostosowanie jego przepisów do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin (DZ. U. poz. 1216).  W związku z powyższym, nadano nowe brzmienie załącznikowi nr 2 do zarządzenia zwiększając o 7,81% cenę jednostkową świadczeń realizowanych w ramach programu pilotażowego, zgodnie z rekomendacją nr 54/2023 z dnia 31 maja 2023 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dotyczącą wzrostu poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie m. in. programów pilotażowych. Ponadto, umożliwiono rozliczanie sesji psychoterapii rodzinnej oraz sesji psychoterapii grupowej realizowanych przez jedną osobę wchodzącą w skład personelu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w podmiocie realizującym program pilotażowy poprzez wprowadzenie produktów rozliczeniowych o kodach: 5.00.04.0000137; 5.00.04.0000138; 5.00.04.0000139; 5.00.04.0000140.  Zobowiązano dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia do wprowadzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami zmian wynikających z wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia oraz przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin (Dz. U. poz. 1216) mających na celu wydłużenie realizacji programu do dnia 30 czerwca 2024 r.  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania i ma zastosowanie do rozliczania świadczeń udzielonych w ramach programu pilotażowego od 1 lipca 2023 r.  Powyższe działania zostały odjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 - Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 1 lipca 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1894/Zarzadzenie-101_2023_DSOZ> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 100/2023/DSOZ  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 30 czerwca 2023 r.  zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju  leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne | Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).  Niniejszym zarządzeniem zmieniającym zarządzenie Nr 1/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.) wprowadza się następujące zmiany:  1. W związku z publikacją obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z 5 czerwca 2023 r. w sprawie rekomendacji nr 54/2023 z dnia 31 maja 2023 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji "w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej", do zastosowanych mechanizmów zwiększających ceny jednostek rozliczeniowych, wprowadzono dodatkowe wzmocnienie wycen wybranych obszarów o szczególnej istotności dla działalności szpitali I i II stopnia podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Mając na uwadze sytuację podmiotów w kontekście rosnących kosztów realizacji świadczeń wprowadza się rozwiązanie pomostowe polegające na nałożeniu współczynników na grupy JGP w ramach projektów będących na zaawansowanym etapie procesu taryfikacji przez Agencję, tj. grup z obszaru chorób dzieci (leczenie zachowawcze i zabiegowe), chorób wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony, chorób przewodu pokarmowego, chorób układu oddechowego, chorób żeńskiego układu rozrodczego, położnictwa i opieki nad noworodkiem. Zmiany zostały wprowadzone w zakresie załącznika nr 3e do zarządzenia Katalog wybranych JGP objętych współczynnikiem korygującym.  2. W związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 maja 2023 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 978), które wprowadza nowe świadczenie gwarantowane: 39.725 Embolizacja tętniaków wewnątrzczaszkowych za pomocą wewnątrzworkowego urządzenia do embolizacji tętniaków wewnątrzczaszkowych (flow disruptor) dokonano stosownych zmian w charakterystyce grupy Q31 Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - remodeling naczyń z zastosowaniem stentu w załączniku nr 9 do zarządzenia. Zgodnie z rekomendacją Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji metoda EFD (ang. Endosaccular Flow Disruptor) nie powinna kosztować więcej niż inne świadczenia dostępne w JGP Q31. Świadczenie może być realizowane przez świadczeniodawców, którzy spełniają dodatkowe warunki określone w ww. rozporządzeniu.  3. Zmiany w załącznikach nr 2a, 2b i 2c do zarządzenia, stanowiących wzory umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej mają na celu ujednolicenie przepisów z zarządzeniem Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe jak również konieczność dostosowania postanowień umowy do § 31 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 787, z późn. zm.).  4. Zmiana w zakresie załącznika nr 3 do zarządzenia wynika z oczywistej omyłki pisarskiej, w zakresie odwołania do przepisów rozporządzenia w odniesieniu do zakresów świadczeń neurochirurgia - hospitalizacja -  Q31, Q32, Q33 oraz neurochirurgia dziecięca - hospitalizacja - Q31, Q32, Q33.  Skutek finansowy wynikający z wprowadzenia współczynników korygujących w obszarach o szczególnej istotności dla działalności szpitali I i II stopnia podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej wynosi 659,7 mln zł w skali roku. Skutek finansowy wynikający z wprowadzenia nowego świadczenia gwarantowanego wyniesie od 6,8 mln zł do 19 mln zł w perspektywie roku.  Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, został poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 7 dni. Okres ten został skrócony z uwagi na słuszny interes stron.  W ramach konsultacji projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada  Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Krajowa Izba Fizjoterapeutów, Naczelna Izba Aptekarska) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy  o świadczeniach. W ramach konsultacji nie złożono uwag do przedłożonego projektu.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.  Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 lipca 2023 r.  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania. | Wejście w życie 1 lipca 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1890/Zarzadzenie-100_2023_DSOZ> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 99/2023/DSOZ  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 29 czerwca 2023 r.  zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki  zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna | Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 79/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).  Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem wynikają ze zmiany sposobu wnioskowania o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna. Od daty wejścia w życie zarządzenia, wnioski na realizację świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej będzie można składać wyłącznie w postaci elektronicznej.  Dokonano zmian w załączniku nr 1 do zarządzenia zgodnie z raportem w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w związku ze wzrostem najniższego wynagrodzenia wprowadzanym ustawą z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2022 r. poz. 1352) z dnia 31 maja 2023 r. Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr WT.543.7.2023. Podwyższono wartość jednostki rozliczeniowej dla porady, stawki kapitacyjnej i ryczałtu o 6,49%, a dla ryczałtu dotyczącego transportu sanitarnego o 10%,  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2023 r. | Wejście w życie 1 lipca 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1885/Zarzadzenie-99_2023_DSOZ> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 98/2023/DSOZ  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 26 czerwca 2023 r.  zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczeń  zaopatrzenie w wyroby medyczne | Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczeń zaopatrzenie w wyroby medyczne stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).  Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem wynikają z uruchomienia z dniem 1 lipca 2023 r. systemu informatycznego umożliwiającego wystawianie i realizację zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne w postaci elektronicznej. Wobec powyższego, w celu zwiększenia dostępności do świadczeń, w przypadku zleceń na wyroby przysługujące comiesięcznie wystawionych w postaci elektronicznej dopuszczono możliwość dzielenia realizacji zleceń u różnych świadczeniodawców. Natomiast z uwagi na obowiązujące zasady przechowywania oryginałów zleceń, realizacja zleceń wystawionych w postaci papierowej na wyroby przysługujące comiesięcznie odbywa się u jednego świadczeniodawcy.  Ponadto w zarządzeniu rozszerzono katalog osób realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne o:  1) instruktora orientacji przestrzennej i mobilności w zakresie zaopatrzenia w środki pomocnicze z wyłączeniem środków pomocniczych z zakresu protetyki słuchu i optyki okularowej, obejmujące zaopatrzenie w wyroby medyczne produkowane seryjnie, w tym zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługujące comiesięczne - wyłącznie w przypadku doboru zaopatrzenia w laski dla osób niewidomych,  2) rehabilitanta wzroku słabowidzących w ramach zaopatrzenia w zakresie optyki okularowej, obejmującego zaopatrzenie w wyroby medyczne produkowane seryjnie - wyłącznie w przypadku doboru zaopatrzenia w pomoce optyczne.  W związku z powyższym, zmianie uległ załącznik nr 7 do zarządzenia określający warunki realizacji świadczeń będących przedmiotem umowy w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne w tym zakres wykonywanych czynności i wymagane kwalifikacje osób realizujących te świadczenia.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 dotyczącego poprawy jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 1 lipca 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1869/Zarzadzenie-98_2023_DSOZ> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 97/2023/DSM  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 26 czerwca 2023 r.  zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju  podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej | Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej  i świątecznej opieki zdrowotnej, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.  Niniejszym zarządzeniem zmienia się wysokość ryczałtów miesięcznych określonych dla świadczeniodawców realizujących umowy z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej poprzez uwzględnienie wzrostu najniższego wynagrodzenia wprowadzonego ustawą z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych  w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1352).  Niniejszym uwzględniono rekomendację nr 54/2023 z dnia 31 maja 2023 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej zaakceptowaną przez Ministra Zdrowia i opublikowaną, w formie obwieszczenia, w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji. Nowa wycena ma zostać zastosowana od dnia 1 lipca 2023 r.  Celem realizacji powyższego o 11,55%, zmianie uległa stawka bazowa określona dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w obszarach zabezpieczenia, w których świadczenia są realizowane przez kilka  (więcej niż jeden) podmiotów zakwalifikowanych do PSZ. Ponadto zwiększeniu o 11,55% uległy ceny porady lekarskiej oraz wizyty pielęgniarskiej wpływające na wysokość składowej ryczałtu za liczbę udzielonych porad lekarskich i wizyt pielęgniarskich. Takie zwiększenie wartości poszczególnych elementów składowych ryczałtu miesięcznego doprowadzi do wzrostu wartości zawartych ze świadczeniodawcami umów o ok. 11,55%.  Takiemu samemu zwiększeniu, o 11,55%, mają ulec wysokości ryczałtów miesięcznych określone przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ dla świadczeniodawców realizujących niniejsze świadczenia jako jeden podmiot w obszarze.  Z uwagi, iż zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem wynikają z zatwierdzonej przez Ministra Zdrowia rekomendacji nr 54/2023 z dnia 31 maja 2023 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych  i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, projekt przedmiotowego zarządzenia nie został poddany konsultacjom określonym w przepisach art. 146 ust. 2 ustawy o świadczeniach oraz w § 2 ust. 3 „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 787, z późn. zm.).  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 1 lipca 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1865/Zarzadzenie-97_2023_DSM> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 96/2023/DSM  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 23 czerwca 2023 r.  zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie  świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczenia w szpitalnym oddziale  ratunkowym oraz w zakresie świadczenia w izbie przyjęć | Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).  Wprowadzone niniejszym zarządzeniem zmiany wynikają z potrzeby dokonania korekty omyłki pisarskiej we wzorach określonych w § 11 ust. 6 i 11 zarządzenia Nr 94/2023/DSM Prezesa Narodowego Funduszu  Zdrowia z dnia 22 czerwca 2023 r.  Z uwagi, iż zmiany wprowadzone niniejszym mają charakter porządkujący, projekt przedmiotowego zarządzenia nie został poddany konsultacjom określonym w przepisach art. 146 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w § 2 ust. 3 „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 787, z późn. zm.).  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 23 czerwca 2023 r., a jego przepisy stosuje się do świadczeń udzielanych od dnia 1 lipca 2023 r.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 26 czerwca 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1861/Zarzadzenie-96_2023_DSM> |
| Zarządzenie | Projekt zarządzenia - leczenie stomatologiczne | Projekt zarządzenia dotyczy zmiany zarządzenia 60/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne i stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).  W projekcie proponowana jest zmiana wyceny świadczeń z zakresu protetyki stomatologicznej w związku z zaleceniem Ministra Zdrowia przekazanym pismem DGL.7801.14.2022.TK z 10 lipca 2023 r. na podstawie ponownej wyceny świadczeń z zakresu protetyki stomatologicznej sporządzonej przez Prezesa Agencji Technologii Medycznych i Taryfikacji.  Proponowane jest również dostosowanie treści załącznika nr 6 do umowy „Harmonogram postojów dentobusów” do zakresu danych przekazywanych Centrum e-Zdrowia oraz zmiany o charakterze porządkującym.  Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2022 r. poz. 787, z późn. zm.), zostaje przesłany do konsultacji zewnętrznych, w ramach których przedstawiony zostanie do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31b ust. 1 ustawy o świadczeniach do dnia 27 lipca 2023 r.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Uwagi do 27 lipca 2023 r. | <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/projekty-zarzadzen/projekt-zarzadzenia-leczenie-stomatologiczne,6846.html> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 lipca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje | Zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 października 2019 r. w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje (Dz. U. z 2021 r. poz. 166) polega na zwiększeniu nadzoru nad preskrypcją preparatów zawierających środki odurzające, substancje psychotropowe lub prekursory kategorii 1 poprzez zastrzeżenie, że recepta na tego typu produkty lecznicze może być wystawiona wyłącznie w postaci elektronicznej. Wdrożenie przepisów rozporządzenia ma przede wszystkim służyć zwiększeniu bezpieczeństwa w dostępie do wskazanych preparatów. Mając na uwadze, że przepisywanie produktów leczniczych zawierających substancje objęte wyjątkową kontrolą zawsze powinno być dokonywane w oparciu o faktyczny stan zdrowia pacjenta, konieczne jest podjęcie pilnych działań mających na celu uniemożliwienia otrzymania recepty na ww. produkty w sposób komercyjny. Stosowanie bez kontroli lekarskiej środków odurzających i substancji psychotropowych stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego.  Proponuje się aby wystawienie pacjentowi przez lekarza recepty na preparat zawierający środek odurzający grup I-N lub II-N, substancję psychotropową z grup II-P, III-P lub IV-P, lub prekursor kategorii 1, było możliwe po osobistym zbadaniu pacjenta albo – pod pewnymi warunkami – zbadaniu go za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności oraz weryfikacji ilości i rodzaju przepisanych pacjentowi leków zawierających ww. substancje pod względem bezpieczeństwa oraz konieczności ich stosowania, biorąc pod uwagę recepty wystawione oraz zrealizowane dla tego pacjenta. Możliwe jest wystawienie recepty za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności – jeżeli od ostatniego zbadania pacjenta, którego wynikiem było wystawienie recepty na preparat zawierający środek odurzający grup I-N lub II-N, substancję psychotropową z grup II-P, III-P lub IV-P, lub prekursor kategorii 1, upłynęło nie więcej, niż 12 miesięcy. Warunek weryfikacji leków nie będzie dotyczył wystawiania recept pacjentowi, który nie aktywował Internetowego Konta Pacjenta, z uwagi na brak możliwości dokonania takiej weryfikacji w systemie P1 – w tym miejscu chodzi o pacjentów, których dotyka „wykluczenie cyfrowe”. Z kolei warunek zbadania pacjenta nie dotyczyć będzie przypadku, o którym mowa w art. 42 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2022 r. poz. 1731, z późn. zm.) – zgodnie z tym przepisem lekarz może, bez dokonania badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej. Wystawienie recepty w sytuacji stwierdzenia wcześniejszego przepisania pacjentowi innego preparatu zawierającego przedmiotowe substancje może nastąpić pod warunkiem uznania przez lekarza konieczności jej wystawienia uzasadnionej stanem pacjenta, co powinno znaleźć swoje odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej pacjenta.  Celem proponowanej zmiany jest wprowadzenie rozwiązań uniemożliwiających przepisywanie produktów leczniczych zawierających środki odurzające, substancje psychotropowe lub prekursory kategorii 1 za pośrednictwem płatnych usług internetowych, bez uprzedniego zbadania pacjenta. Przepisywanie leków, bez oceny stanu pacjenta, jest wyjątkowo niebezpieczne w przypadku substancji kontrolowanych na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2018 r. w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych (Dz.U. z 2022 r. poz. 1665 oraz z 2023 r. poz. 744). Mając na uwadze funkcjonowanie podmiotów oferujących płatne uzyskanie e-recepty, dochodzi do nieprawidłowości zagrażających zdrowiu i bezpieczeństwu pacjenta oraz polegających na uzyskiwaniu określonych produktów leczniczych w celu odurzania się. Ze względu na powyższe proponuje się szczególne regulacje w zakresie ordynacji produktów leczniczych zawierających w składzie środek odurzający grup I-N lub II-N, substancję psychotropową z grup II-P, III-P lub IV-P, lub prekursor kategorii 1, które zobowiązują osobę wystawiającą receptę do osobistego zbadania pacjenta podczas wizyty stacjonarnej oraz weryfikacji ilości oraz rodzaju wcześniej przepisanych pacjentowi tego rodzaju leków. | Wejście w życie 1 sierpnia 2023 r. | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000136801.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad pacjentem z zespołem stopy cukrzycowej | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego opieki nad pacjentem z zespołem stopy cukrzycowej, zwany dalej „programem pilotażowym”, zawiera propozycję rozwiązania opartą na doświadczeniach i wstępnych wynikach programu leczenia pacjentów prowadzonego w Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Szamotułach. Działania te są prowadzone w ww. ośrodku od prawie dwóch lat. Istniejące w tym zakresie rozwiązania, tj. Koordynowane Leczenie Ran Przewlekłych, zakładają rozbudowany program oparty na rozciągniętym w czasie i zakładającym współpracę wieloośrodkową, w procesie o uniwersalnym charakterze leczenia ran przewlekłych niezależnie od ich przyczyny. W ramach dotychczasowego programu nie udało się zagwarantować powszechnego dostępu do tego programu na terenie całego kraju. Przedstawiane w projekcie rozwiązanie skupia się na fazie leczenia szpitalnego, przy założeniu minimalnej niezbędnej interwencji chirurgicznej oraz następczego leczenia zachowawczego i kontroli postępów gojenia.  Dane z krajów, gdzie prowadzone są rejestry liczby pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej, wskazują, że od kilku do kilkunastu procent pacjentów z cukrzycą ma rozwinięty zespół stopy cukrzycowej; przy przyjęciu danych statystycznych mówiących, że jest to grupa 6-10% chorych z cukrzycą (szacunkowo 3 mln pacjentów) otrzymujemy liczbę od 180 do 300 tys. chorych). Liczba wysokich amputacji w Polsce (tuż poniżej lub tuż powyżej kolana) wynosi ok. 4,5 tys. rocznie; w efekcie w Polsce wskaźniki wysokich amputacji przewyższają 2-3 krotnie odpowiednie wskaźniki amputacji we Francji, Holandii, Wielkiej Brytanii, a także Włoch; w efekcie Polska w statystykach amputacji plasuje się czołówce na tle innych krajów europejskich.  Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) - Raport NFZ o zdrowiu – Cukrzyca – 2019, w 2018 roku z Polsce koszt wszystkich wysokich amputacji u osób z cukrzycą wyniósł około 44 mln zł, a tzw. wtórne amputacje, czyli amputacje po interwencji naczyniowej stanowią od 26,5% do 44,6%, co sprawia, że efekt skutecznego zabiegu naczyniowego oraz znaczna suma finansowa przekazana na rewaskularyzację przez płatnika NFZ nie dają oczekiwanych wyników końcowych w postaci uchronienia kończyny przed amputacją,  Podstawą opieki nad pacjentami z zespołem stopy cukrzycowej, co do zasady są świadczenia ambulatoryjne, jednak istnieje znaczący odsetek pacjentów, którzy wymagają leczenia w warunkach szpitalnych. Potwierdzeniem powyższego jest rekomendacja nr 122/2018 z dnia 5 grudnia 2018 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Leczenie Zespołu Stopy Cukrzycowej” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego zalecająca zakwalifikowanie powyższego świadczenia jako gwarantowanego w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego z uwzględnieniem dodatkowych warunków.  Celem programu pilotażowego jest sprawdzenie leczenia prowadzonego przez zespół w skład którego wchodzą zarówno specjaliści z oddziału zabiegowego (chirurgia ogólna), jak i zachowawczego (chorób wewnętrznych), co w razie pozytywnego efektu może zagwarantować powszechność przyjętego rozwiązania. Jednocześnie obowiązujące w tym względzie przepisy uniemożliwiają sumowanie świadczeń realizowanych w trakcie jednej hospitalizacji na obu oddziałach. Dodatkową korzyścią proponowanego w projekcie planu leczenia będzie zagwarantowanie wizyt kontrolnych, w trakcie których oceniany będzie postęp gojenia.  Ośrodkiem odpowiedzialnym za prowadzenie pilotażu będzie Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Szamotułach, który przy akceptacji konsultanta krajowego w dziedzinie diabetologii opracował i prowadzi leczenie pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej.  Do zadań ośrodka pilotażowego należeć będzie:  – opracowanie, aktualizacja i modyfikacja wytycznych postępowania procesu diagnostycznego i leczniczego świadczeniobiorcy;  – opracowanie wzoru anonimowych ankiet, badających satysfakcję świadczeniobiorców leczonych w ramach pilotażu we współpracy z Funduszem;  – gromadzenie oraz analiza danych, dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie diagnostyki i leczenia pacjentów, dla których ustalono plan leczenia;  – gromadzenie i analiza danych na podstawie ankiet badania satysfakcji,  – sporządzenie, we współpracy z Funduszem, sprawozdań okresowych i sprawozdania końcowego z realizacji programu pilotażowego;  – pełnienie funkcji administratora danych osobowych z zakresu realizacji programu pilotażowego.  Za realizację powyższych zadań ośrodek pilotażowy otrzyma możliwość sumowania świadczeń zrealizowanych w trakcie jednej hospitalizacji oraz dodatkowe wynagrodzenie za wizytę kwalifikacyjną oraz wizyty kontrolne. | Wejście w życie 18 lipca 2023 r. | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000135301.pdf> |
| Obwieszczenie | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 czerwca 2023 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej | ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. poz. 1756) |  | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000132401.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2023 r. w sprawie limitu przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym | Projekt rozporządzenia określa limit przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym w roku akademickim 2023/2024.  Określenie limitu przyjęć na studia na ww. kierunkach zostało sporządzone w podziale na jednolite studia magisterskie prowadzone w formie studiów stacjonarnych w języku polskim, jednolite studia magisterskie prowadzone w formie studiów niestacjonarnych w języku polskim oraz jednolite studia magisterskie prowadzone w formie studiów stacjonarnych lub niestacjonarnych w języku innym niż język polski, z podziałem na uczelnie posiadające uprawnienia do kształcenia na studiach na danym kierunku.  Na studia na kierunku lekarskim projektowany limit przyjęć ogółem wynosi 9725 miejsc (w tym na jednolitych studiach magisterskich prowadzonych w formie studiów stacjonarnych w języku polskim dla obywateli polskich  i cudzoziemców wynosi 6167 miejsc, na jednolitych studiach magisterskich prowadzonych w formie studiów niestacjonarnych w języku polskim – 1729 miejsc oraz na jednolitych studiach magisterskich prowadzonych w formie studiów stacjonarnych lub niestacjonarnych w języku innym niż język polski – 1829 miejsc).  Natomiast na studia na kierunku lekarsko-dentystycznym projektowany limit przyjęć wynosi 1337 miejsc (w tym na jednolitych studiach magisterskich prowadzonych w formie studiów stacjonarnych w języku polskim dla obywateli polskich i cudzoziemców wynosi 818 miejsc, na jednolitych studiach magisterskich prowadzonych  w formie studiów niestacjonarnych w języku polskim – 221 miejsc oraz na jednolitych studiach magisterskich prowadzonych w formie studiów stacjonarnych lub niestacjonarnych w języku innym niż język polski – 298 miejsca).  W porównaniu do limitów przyznanych na rok akademicki 2022/2023 w roku akademickim 2023/2024 ogólny limit przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym zwiększył się o 322 miejsc, w tym na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym na jednolite studia magisterskie prowadzone w formie studiów stacjonarnych w języku polskim limit przyjęć został zwiększony o 393 miejsc, na studia na kierunkach lekarskim  i lekarsko-dentystycznym na jednolitych studiach magisterskich prowadzonych w formie studiów niestacjonarnych  w języku polskim limit przyjęć zmniejszył się o 27 miejsc, zaś na jednolitych studiach magisterskich prowadzonych w formie studiów stacjonarnych lub niestacjonarnych w języku innym niż język polski limit przyjęć uległ zmniejszył się łącznie o 44 miejsc. | Wejście w życie 12 lipca 2023 r. | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000132201.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 czerwca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego | Zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 2086, z późn. zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem”, została dokonana w oparciu o dotychczasowe doświadczenia dotyczące realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach pilotażu przez funkcjonujące centra zdrowia psychicznego. Ponadto kluczowym elementem zmiany jest rozszerzenie programu pilotażowego o kolejnych realizatorów. Rozporządzenie rozwiązuje problemy interpretacyjne w zakresie warunków kadrowych niezbędnych do spełniania przez centrum zdrowia psychicznego, zwane dalej „czp”. Ponadto zmianie ulegają przepisy dotyczące funkcjonowania punktu zgłoszeniowo-koordynacyjnego w kontekście możliwości udzielania świadczeń osobom poniżej  18 r.ż  W projekcie rozporządzenia dokonano zmiany § 9a rozporządzenia dotyczącego zapewnienia odpowiedniej liczby łóżek na oddziale dziennym, tj. 25 miejsc na 100 tys. osób, przez doprecyzowanie przepisu, zgodnie z którym, warunek § 9a rozporządzenia będzie spełniony także wówczas, gdy do liczby miejsc oddziału dziennego psychiatrycznego część VIII kodu resortowego – 2700, doliczy się miejsca oddziału dziennego psychiatrycznego rehabilitacyjnego – kod 2702. Zmiana ta ma  rozwiązać problem dotyczący interpretacji przedmiotowego przepisu przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia, które nie wliczają do liczby miejsc oddziałów z kodem 2702. Zmiana zaproponowana w § 11 w ust. 12 ma na celu ułatwienie realizacji konsultacji telefonicznych dla specjalistów, o których mowa w § 11 ust. 10 pkt 1. Wprowadzono również  zmiany w treści § 16 rozporządzenia, dotyczące konieczności spełniania warunków kadrowych w kontekście osób zatrudnionych w czp w ramach poszczególnych zakresów. Zaproponowane brzmienie doprecyzowuje intencję projektodawcy, zgodnie z którą minimalne normy zatrudnienia wynikające z rozporządzenia koszykowego stosowało się wyłącznie do świadczeń stacjonarnych i izby przyjęć. Minimalne normy zatrudnienia dla świadczeń dziennych, ambulatoryjnych i środowiskowych są określone łącznie w załączniku nr 1a do rozporządzenia czp – do tych zakresów  świadczeń nie stosuje się rozporządzenia koszykowego. Natomiast pozostałe minimalne normy zatrudnienia są łączne dla całego personelu czp. Dodatkowo rozszerzono program pilotażowy o kolejnych realizatorów, a także część podmiotów dotychczas realizująca program pilotażowy zwiększyła swój obszar działania. Dodatkowo zmianie ulegają przepisy dotyczące funkcjonowania punktu zgłoszeniowo koordynacyjnego. Zmiana zaproponowana w § 12 ust. 1 ma na celu zwiększenie maksymalnej liczby osób, na które powinien przypadać jeden punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny co wynika z dotychczasowych doświadczeń w ramach realizacji pilotażu. Ponadto zmiana zaproponowana w dodawanym w § 12 ust. 3a ma na celu umożliwienie udzielania przez personel czp świadczeń osobom poniżej 18 r.ż. Taka zmiana wynika z potrzeby zwiększenia dostępności do świadczeń ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży. Zmiana jest również odpowiedzią na pojawiające się sytuacje w których rodzicie dzieci zgłaszają się do czp w celu uzyskania porady co do dalszego postępowania z dzieckiem. Ponadto taki przepis ma na celu koordynację dwóch modeli opieki realizowanych przez Ministerstwo Zdrowia. W ust. 3b doprecyzowano, iż finansowanie świadczeń, o których mowa w ust 3a. | Wejście w życie 20 lipca 2023 r. | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000128801.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego | Dotychczas świadczenia leczenia nowotworów błony śluzowej macicy oraz jelita grubego z wykorzystaniem systemu robotowego.nie były dostępne dla pacjentów w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych.  Wprowadzenie do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 870 i 978) przepisów dotyczących nowego świadczenia gwarantowanego zostało oparte na procesie kwalifikacji świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych i implementuje propozycje rozwiązań zawarte w rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.  Projektowane rozporządzenie ma na celu poprawę wyników leczenia i jakości życia pacjentów z nowotworem złośliwym błony śluzowej macicy oraz nowotworem złośliwym jelita grubego przez zapewnienie pacjentom dostępu do postępowania chirurgicznego z wykorzystaniem systemu robotowego w leczeniu tych nowotworów. Zakładając, że świadczenia: leczenie chirurgiczne raka błony śluzowej macicy z zastosowaniem systemu robotowego oraz leczenie chirurgiczne raka jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego byłyby realizowane głównie w ośrodkach, które aktualnie posiadają system robotowy i/lub sprawozdają procedury w ramach L31R Prostatektomia radykalna z zastosowaniem systemu robotowego\* szacuje się, że wykonywanie świadczenia byłoby możliwe do realizacji (w zależności od kryterium wolumenowego wymaganego od ośrodków) w:  • 11-19 ośrodkach w ramach rozpoznań C18-C20,  • 2-6 ośrodkach w ramach rozpoznań C53-C55.  Wprowadzenie wyżej wymienionych świadczeń do wykazu świadczeń gwarantowanych stanowi realizację postulatów zawartych w opinii Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 23 maja 2017 r., w której wskazano na zasadność finansowania ww. metod leczenia ze środków publicznych. W ślad za rekomendacjami Prezesa Agencji nr 254/2014 i 256/2014 z dnia 15 grudnia 2014 r., na podstawie zlecenia Ministra Zdrowia dokonano ponownego przeglądu dowodów naukowych. Analiza doniesień naukowych opublikowanych po dacie wydania rekomendacji wskazała, że przeprowadzenie zabiegów z zastosowaniem systemu robotowego w porównaniu do operacji klasycznych prowadzi do istotnych statystycznie różnic w odniesieniu do części pierwszorzędowych punktów końcowych. Ponadto odnotowano istotne statystycznie różnice na korzyść operacji z zastosowaniem systemu robotowego w odniesieniu do parametrów związanych z czasem trwania operacji, długością pobytu pacjenta w szpitalu oraz występowania śródoperacyjnych zdarzeń niepożądanych.  W § 2 projektu rozporządzenia ustanowiono okres przejściowy dla świadczeniodawców, którzy zamierzają realizować świadczenie gwarantowane „Leczenie chirurgiczne z zastosowaniem systemu robotowego nowotworu złośliwego gruczołu krokowego”, niespełniających wymagań określonych w lp. 58 załącznika nr 4 do rozporządzenia zmienianego w § 1, w części:  1) „Personel” w kolumnie 4 w pkt 1 w zakresie dotyczącym minimalnych kryteriów jakościowych dla personelu medycznego;  2) „Organizacja udzielania świadczeń” w kolumnie 4 w pkt 1 w zakresie dotyczącym minimalnego doświadczenia ośrodka.  W dotychczasowym stanie prawnym świadczeniodawcy mieli termin na dostosowanie się do wymagań do dnia 1 stycznia 2023 r., jednak zasadne jest wydłużenie tego terminu z uwagi na konieczność dostosowania go do istniejących warunków faktycznych. Świadczeniodawcy są w okresie dostosowywania się do tych warunków, natomiast termin 1 stycznia 2023 r. okazał się zbyt krótki, w związku z czym wydłużono termin na dostosowanie się do wymagań do dnia 31 grudnia 2023 r. | Komisja Prawnicza | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12374404/12990074/12990075/dokument630273.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinien odpowiadać lokal podmiotu wykonującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne dostępne na zlecenie | Projektowane rozporządzenia zastępuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinien odpowiadać lokal podmiotu wykonującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne dostępne na zlecenie (Dz. U. z 2013 r. poz. 1570), zwane dalej „rozporządzeniem”, wydane na podstawie art. 159 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.  Projektowane rozporządzenie ma na celu doprecyzować kwestię dostępu dla pacjentów, w szczególności osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, do lokalu podmiotu wykonującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne dostępne na zlecenie. W załącznikach do rozporządzenia, ze względu na ciągły rozwój w dziedzinie medycyny, zaproponowano zmiany dotyczące wykazu sprzętu stanowiącego wyposażenie lokalu podmiotu wykonującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne dostępne na zlecenie z zakresu protetyki słuchu określonego oraz wykazu sprzętu stanowiącego wyposażenie lokalu podmiotu wykonującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne dostępne na zlecenie z zakresu optyki okularowej (odpowiednio w załącznikach nr 1 i 2 do rozporządzenia).  W projekcie rozporządzenia zaproponowano wprowadzenie następujących wymogów:  1) spełniania wymagań technicznych określonych dla budynku użyteczności publicznej;  2) wyposażenia w szafy ekspedycyjne, przeznaczone wyłącznie do przechowywania wyrobów medycznych;  3) posiadania przymierzalni;  4) zapewnienia utwardzonych, wolnych od barier poziomych i pionowych dojść do budynku i przestrzeni komunikacyjnych w budynku, w którym znajduje się lokal, a w przypadku ich braku instalację urządzeń lub zastosowanie środków technicznych i rozwiązań architektonicznych, które umożliwiają dostęp do lokalu.  W załączniku nr 1 określającym wykaz sprzętu stanowiącego wyposażenie lokalu podmiotu wykonującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne dostępne na zlecenie z zakresu protetyki słuchu zaproponowano wprowadzenie obowiązku wyposażenia w:  1) komputer z oprogramowaniem i specjalistycznym oprzyrządowaniem do programowania urządzeń wspomagających słyszenie;  2) videootoskop;  3) chusteczki jednorazowe do oczyszczania;  4) myjkę ultradźwiękową.  W załączniku nr 2 określającym wykaz sprzętu stanowiącego wyposażenie lokalu podmiotu wykonującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne dostępne na zlecenie z zakresu optyki okularowej zaproponowano wprowadzenie obowiązku wyposażenia w:  1) wyświetlacz optotypów;  2) pupilometr;  3) myjkę ultradźwiękową.  W projekcie rozporządzenia zaproponowano termin 12 miesięcy od dnia wejścia w życie projektowanego rozporządzenia na dostosowanie lokalu, w którym jest prowadzone zaopatrzenie w wyroby medyczne dostępne na zlecenie do nowych wymagań. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12374708/12992827/12992828/dokument631567.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzoru oświadczenia o braku konfliktu interesów w związku ze sporządzaniem oceny etycznej dla badania klinicznego | Zgodnie z art. 9 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 536/2014 z dnia 16 kwietnia 2014 r. w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi oraz uchylenia dyrektywy 2001/20/WE (Dz. Urz. UE L 158 z 27.05.2014, str. 1, z późn. zm.) państwa członkowskie zapewniają, aby osoby walidujące i oceniające wniosek nie pozostawały w konflikcie interesów, były niezależne od sponsora, ośrodka badań klinicznych oraz od badaczy biorących udział w badaniu oraz osób finansujących dane badanie kliniczne, a także aby nie podlegały żadnym innym niepożądanym wpływom. W związku z powyższym w art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi, zwanej dalej „ustawą”, podobnie jak w odniesieniu do członków Naczelnej Komisji Bioetycznej, wprowadzono przepisy gwarantujące brak konfliktu interesów na poziomie członków komisji bioetycznej lub ekspertów.  Wydanie rozporządzenia jest realizacją upoważnienia zawartego w art. 32 ust. 7 ustawy, zobowiązującego ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia w drodze rozporządzenia wzoru oświadczenia o braku konfliktu interesów w związku ze sporządzaniem oceny etycznej dla badania klinicznego, składanego przez członka zespołu opiniującego, przedstawicieli, o których mowa w art. 30 ust. 3 ustawy i ekspertów, o których mowa w art. 30 ust. 4 i 5 ustawy.  Zgodnie z projektem rozporządzenia wzór oświadczenia o braku konfliktu interesów w związku ze sporządzaniem oceny etycznej dla badania klinicznego będzie zawierał imię i nazwisko składającego oświadczenie, informacje o niezachodzeniu przesłanek, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy oraz informacje, że zgodnie z posiadaną przez składającego oświadczenie wiedzą także jego małżonek, rodzeństwo, krewni i powinowaci do drugiego stopnia, osoby związane z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli oraz osoby pozostające z nim we wspólnym pożyciu nie spełniają kryteriów, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy. | Komisja Prawnicza | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12373652/12983138/12983139/dokument626742.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2024 r. | Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia określonego w art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi, zwanej dalej „ustawą”. Zgodnie z tym przepisem minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Instytutu Hematologii i Transfuzjologii, określa corocznie, do dnia 30 czerwca, w drodze rozporządzenia, wysokość opłat za krew i jej składniki wydawane przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi, obowiązujące w następnym roku kalendarzowym. Przy określaniu wysokości opłat uwzględnia się rodzaje kosztów ponoszonych przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi w związku z pobieraniem krwi i jej składników oraz preparatyką, przechowywaniem i wydawaniem, a także średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem w poprzednim roku kalendarzowym, ogłaszany przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego.  Projekt rozporządzenia określa wysokość opłat za krew i jej składniki w 2024 r. Propozycje opłat nie ulegną zmianie, w stosunku do opłat obowiązujących w 2023 r.  Nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu. | Komisja Prawnicza | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12373404/12981339/12981340/dokument625650.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie orzekania o niezdolności do wykonywania zawodu ratownika medycznego oraz sposobu i trybu postępowania w sprawach zawieszania prawa wykonywania zawodu albo ograniczenia wykonywania określonych czynności zawodowych przez ratownika medycznego | Projekt rozporządzenia jest nową regulacją i stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 51 ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, zwanej dalej „ustawą”, oraz ma na celu określenie składu komisji lekarskiej, o której mowa w art. 44 ust. 1 ustawy, zwanej dalej „komisją”, wymagań dotyczących osób wchodzących w skład komisji, trybu orzekania o niezdolności do wykonywania zawodu ratownika medycznego oraz szczegółowego sposobu i trybu postępowania w sprawach zawieszania prawa wykonywania zawodu albo ograniczenia wykonywania określonych czynności zawodowych przez ratownika medycznego.  Zgodnie z projektowanymi przepisami, Krajowa Rada Ratowników Medycznych, zwana dalej „Krajową Radą”, powołując komisję, ustala skład komisji i wyznacza przewodniczącego komisji.  W skład komisji wchodzi trzech lekarzy specjalistów wykonujących zawód lekarza co najmniej od pięciu lat oraz posiadających specjalizację w odpowiedniej dziedzinie medycyny, adekwatnej do rodzaju i zakresu badania lekarskiego oraz stanu zdrowia ratownika medycznego uniemożliwiającego dalsze wykonywanie zawodu lub określonych czynności zawodowych.  Przewodniczący komisji powiadamia ratownika medycznego, którego dotyczy postępowanie, o terminie i miejscu stawienia się ratownika medycznego przed komisją oraz o terminie i miejscu badania lekarskiego, co najmniej 14 dni przed datą posiedzenia komisji.  Komisja może skierować ratownika medycznego na dodatkowe badanie lekarskie lub obserwację w podmiocie leczniczym. Przewodniczący komisji uzgadnia z kierownikiem podmiotu leczniczego termin i miejsce dodatkowego badania lekarskiego lub obserwacji w podmiocie leczniczym. Przewodniczący komisji powiadamia ratownika medycznego o terminie i miejscu dodatkowego badania lekarskiego lub obserwacji w podmiocie leczniczym, co najmniej 14 dni przed datą tego badania lub tej obserwacji.  Jeżeli ratownik medyczny nie może stawić się na badanie lekarskie, dodatkowe badanie lekarskie lub obserwację w podmiocie leczniczym, niezwłocznie informuje o tym komisję oraz podaje przyczyny usprawiedliwiające jego niestawienie się. W tym przypadku, przewodniczący komisji w uzgodnieniu z ratownikiem medycznym ponownie ustala termin badania lekarskiego, dodatkowego badania lekarskiego lub obserwacji w podmiocie leczniczym. Natomiast, jeżeli ratownik medyczny nie może stawić się na badanie lekarskie, dodatkowe badanie lekarskie lub obserwację w podmiocie leczniczym z powodu choroby, przedstawia komisji zaświadczenie lekarskie, które potwierdza niemożność jego stawienia się na badanie lekarskie, dodatkowe badanie lekarskie lub obserwację w podmiocie leczniczym, w terminie 7 dni od dnia wystawienia tego zaświadczenia.  Jeżeli ratownik medyczny odmawia poddania się badaniu lekarskiemu, dodatkowemu badaniu lekarskiemu lub obserwacji w podmiocie leczniczym lub nie stawia się ponownie w dodatkowo wyznaczonym terminie, przewodniczący komisji zawiadamia o tym niezwłocznie Krajową Radę.  Komisja wydaje orzeczenie na podstawie przeprowadzonego badania lekarskiego, dodatkowego badania lekarskiego lub obserwacji w podmiocie leczniczym oraz dokumentacji medycznej uzyskanej w związku z przeprowadzonymi badaniami lekarskimi lub obserwacją w podmiocie leczniczym. Komisja wydaje orzeczenie nie później niż w terminie 2 miesięcy od dnia jej powołania. W przypadku, gdy wydanie orzeczenia w powyższym terminie nie jest możliwe z uwagi na niezakończone badanie lekarskie, dodatkowe badanie lekarskie lub niezakończoną obserwację w podmiocie leczniczym, komisja może przedłużyć termin wydania orzeczenia, nie dłużej jednak niż do 6 miesięcy od dnia powołania komisji.  Komisja przeprowadza głosowanie nad wydaniem orzeczenia. Głosowanie jest jawne. Orzeczenie komisji zapada zwykłą większością głosów. Orzeczenie podpisują wszyscy członkowie komisji. Ponadto każdy członek komisji ma prawo złożyć na piśmie zdanie odrębne wraz z uzasadnieniem, które dołącza się do orzeczenia.  Komisja sporządza protokół z przeprowadzonego postępowania, do którego dołącza protokół wraz z orzeczeniem i uzasadnieniem, dokumentację medyczną uzyskaną w związku z przeprowadzonymi badaniami lekarskimi lub obserwacją w podmiocie leczniczym i zdanie odrębne członka komisji złożone na piśmie wraz z uzasadnieniem. Przewodniczący komisji przekazuje protokół Krajowej Radzie, z zachowaniem środków bezpieczeństwa dla zapewnienia poufności i integralności przetwarzania danych osobowych, w terminie 7 dni od dnia jego podpisania.  Komisja ulega rozwiązaniu z dniem podjęcia przez Krajową Radę uchwały o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu albo o ograniczeniu wykonywania określonych czynności zawodowych przez ratownika medycznego. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12374506/12990810/12990811/dokument630575.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie nadania statutu Krajowej Radzie Onkologicznej | Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie nadania statutu Krajowej Radzie Onkologicznej stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 34 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej, zwanej dalej „ustawą”. Ustawa przewiduje utworzenie Krajowej Rady Onkologicznej, zwanej dalej „Radą”, która będzie pełnić funkcję opiniodawczo-doradczą dla ministra właściwego do spraw zdrowia oraz Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.  W związku z opublikowaniem w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej ustawy istnieje potrzeba wydania rozporządzenia w sprawie nadania statutu Krajowej Radzie Onkologicznej.  Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie nadania statutu Krajowej Radzie Onkologicznej określa zasady i tryb organizacji Rady.  Projekt rozporządzenia wskazuje, kto będzie kierował jej pracami i kto może brać udział w posiedzeniach Rady z głosem doradczym, również minimalną liczbę posiedzeń w roku oraz tryb w jakim mogą się one odbywać.  Ponadto projekt rozporządzenia określa również zasady wydawania opinii, przyjmowania uchwał i sporządzania protokołu z przebiegu posiedzeń Rady.  Wysokość wynagrodzenia przysługującego członkom Rady i zasady zwrotu kosztów dojazdu na posiedzenia Rady również zostały uregulowane. | Skierowanie aktu do ogłoszenia | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12372052/12970938/12970939/dokument619360.pdf> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 95/2023/DSOZ  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 23 czerwca 2023 r.  zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń  opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą  i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” | Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2651, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach” oraz art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. z 2020 r. poz. 1329, z późn. zm.).  Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem polegają na nadaniu nowego brzmienia przepisowi w § 3 ust 3. Modyfikacja przepisu wprowadza możliwość przystąpienia do realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie KOC II/III przez podmiot, który przez co najmniej 2 lata poprzedzające złożenie wniosku o zawarcie umowy realizował umowę w zakresie KOC I i spełnia wymagania dla drugiego lub trzeciego poziomu referencyjnego w zakresie położnictwa i ginekologii oraz odpowiednio dla neonatologii.  Zmiany te mają na celu zwiększenie dostępności do wysokospecjalistycznych świadczeń z zakresu położnictwa i opieki nad noworodkiem w ramach realizacji zadań określonych przepisami ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”.  Prognozowany roczny skutek finansowy wynosi ok 16 mln zł rocznie, przy zachowaniu dotychczasowej liczby porodów i cen punktu.  Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 787, z późn. zm.), został poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 14 dni. W ramach konsultacji projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach.  W ramach konsultacji 4 podmioty wyraziły opinię, w tym jeden zgłosił zastrzeżenie do wyceny świadczeń, pozostałe nie zgłaszały uwag.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej | Wejście w życie 24 czerwca 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1857/Zarzadzenie-95_2023_DSOZ> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 94/2023/DSM  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 22 czerwca 2023 r.  zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie  świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczenia w szpitalnym oddziale  ratunkowym oraz w zakresie świadczenia w izbie przyjęć | Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.  Wprowadzone niniejszym zarządzeniem zmiany są realizacją Rekomendacji Nr 54/2023 z dnia 31 maja 2023 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, która została zaakceptowana przez Ministra Zdrowia.  Wprowadzone niniejszym zarządzeniem zmiany mają na celu zwiększenie wartości stawek ryczałtów dobowych określonych dla SOR i IP, w związku ze wzrostem najniższego wynagrodzenia wprowadzonego ustawą z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1352, z późn. zm.).  Celem realizacji powyższego, zgodnie z rekomendacją Ministerstwa Zdrowia, o 14,69 % zwiększono wysokość stawki bazowej określonej dla szpitalnych oddziałów ratunkowych. Takiemu samemu zwiększeniu mają ulec także stawki bazowe określone przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ dla izb przyjęć.  Ponadto o 14,69% zwiększono wartość wag punktowych poszczególnych kategorii stanu zdrowia pacjenta w SOR i IP. Nowa wycena ma zostać zastosowana od dnia 1 lipca 2023 r.  Z uwagi, iż zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem wynikają z zaakceptowanej przez Ministra Zdrowia Rekomendacji Nr 54/2023 z dnia 31 maja 2023 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, projekt przedmiotowego zarządzenia nie został poddany konsultacjom określonym w przepisach art. 146 ust. 2 ustawy o świadczeniach oraz w § 2 ust. 3 „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 787, z późn. zm.).  Zarządzenie wchodzi w życie w dniu następującym po dniu podpisania, a jego przepisy stosuje się do świadczeń udzielanych od dnia 1 lipca 2023 r.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 23 czerwca 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1853/Zarzadzenie-94_2023_DSM> |
| Zarządzenie | Projekt zarządzenia - leczenie szpitalne – programy lekowe | Zarządzenie stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, na mocy którego Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zobowiązany jest do określenia przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe.  Postanowieniami zarządzenia wprowadza się zmiany w zarządzeniu Nr 31/2023/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 lutego 2023 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe (z późn. zm.), dostosowujące do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2023 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 lipca 2023 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 49), wydanego na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2555, z późn. zm.).  Najważniejsze zmiany dotyczą:  1) załącznika nr 1k do zarządzenia, określającego Katalog świadczeń i zakresów i polegają na:  a) zmianie nazw zakresu o kodzie:   03.0000.419.02 na Leczenie pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy,   03.0000.435.02 na Leczenie pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc,  b) dodaniu zakresów:   03.0000.445.02 Leczenie chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL),   03.0000.446.02 Leczenie chorych na makroglobulinemię Waldenströma,   03.0000.447.02 Leczenie chorych na depresję lekooporną,  - w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  2) załącznika nr 1l do zarządzenia, określającego Katalog ryczałtów za diagnostykę w programach lekowych i polegają na:  a) zmianie nazwy świadczenia o kodzie:   5.08.08.0000152 na Diagnostyka w programie leczenia pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy – 1 rok terapii,   5.08.08.0000153 na Diagnostyka w programie leczenia pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy - 2 i kolejny rok terapii,   5.08.08.0000181 na Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc – 1 rok terapii,   5.08.08.0000182 na Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc – 2 i kolejny rok terapii,  b) dodaniu świadczeń o kodzie:   5.08.08.0000207 Diagnostyka w programie leczenia chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL) - 1 rok terapii,   5.08.08.0000208 Diagnostyka w programie leczenia chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL) – 2 rok terapii,   5.08.08.0000209 Diagnostyka w programie leczenia chorych na makroglobulinemię Waldenströma - 1 rok terapii,   5.08.08.0000210 Diagnostyka w programie leczenia chorych na makroglobulinemię Waldenströma – 2 i kolejny rok terapii,   5.08.08.0000211 Diagnostyka w programie leczenia chorych na depresję lekooporną,  c) zmianie wartości punktowej świadczenia o kodzie 5.08.08.0000152 Diagnostyka w programie leczenia pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy – 1 rok terapii z 3 466,40 na 3 863,90,  - w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym,  3) załącznika nr 1m do zarządzenia, określającego Katalog leków refundowanych stosowanych w programach lekowych i polegają na:  a) dodaniu kodów GTIN dla substancji czynnych:   5.08.09.0000006 Bevacizumabum,   5.08.09.0000249 Ponesimodum,  b) wykreśleniu kodów GTIN dla substancji czynnej: 5.08.09.0000015 Entekavirum,  c) usunięciu substancji czynnej i kodu GTIN: 5.08.09.0000202 Dacomitinibum,  d) dodaniu substancji czynnych i kodów GTIN:   5.08.09.0000269 Esketaminum,   5.08.09.0000270 Isatuximabum,   5.08.09.0000271 Tucatinibum,   5.08.09.0000272 Zanubrutinibum,  - w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  4) załącznika nr 2t do zarządzenia, określającego Katalog refundowanych substancji czynnych w programach lekowych i polegają na:  a) doprecyzowanie okresu możliwości rozliczania świadczeń o kodach: 5.08.07.0000106 etanerceptum – s.c. i 5.08.07.0000107 etanerceptum – s.c. do dnia 30 kwietnia 2023 r.,  b) doprecyzowanie okresu możliwości rozliczania świadczenia o kodzie: 5.08.07.0000108 ponesimodum – p.o. do dnia 30 czerwca 2023 r.,  - zgodnie z terminami wynikającymi z wydanych decyzji Ministra Zdrowia o objęciu refundacją;  5) załącznika nr 3 do zarządzenia, określającego Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu programów lekowych i polegają na:  a) zmianie nazw zakresów: 03.0000.419.02 i 03.0000.435.02 analogicznie, jak wymieniono w pkt 1a uzasadnienia,  b) zmianie wymagań dla programów:   B.33. Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów w części zapewnienie realizacji badań,   B.36. Leczenie chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK) w części zapewnienie realizacji badań,   B.135. Leczenie pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc w części zapewnienie realizacji badań,  w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym,   B.144. Leczenie pacjentów z guzami litymi z fuzją genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK) w części organizacja udzielania świadczeń - pozostałe, w związku z uwagą Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Jana Pawła II,  c) dodaniu wymagań dla programów:   B.145. Leczenie chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL),   B.146. Leczenie chorych na makroglobulinemię Waldenströma,   B.147. Leczenie chorych na depresję lekooporną,  w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  6) załącznika nr 4 do zarządzenia, określającego Wykaz programów lekowych i polegają na:  a) zmianie nazwy programów lekowych dla zakresów: 03.0000.419.02 i 03.0000.435.02 analogicznie, jak wymieniono w pkt 1a uzasadnienia,  b) dodaniu substancji czynnych:   tukatynib, pembrolizumab w programie lekowym B.9.FM. Leczenie chorych na raka piersi,   filgotynib, sekukinumab w programie lekowym B.33. Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów,   tofacytynib w programie lekowym B.36. Leczenie chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK),   izatuksymab w programie lekowym B.54. Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytowego,  c) usunięciu substancji czynnej dakomitynib w programie lekowym B.6. Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej,  d) dodaniu programów lekowych:   B.145. Leczenie chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL),   B.146. Leczenie chorych na makroglobulinemię Waldenströma,   B.147. Leczenie chorych na depresję lekooporną,  w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  7) załącznika nr 9 do zarządzenia, określającego Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia biologicznego w chorobach reumatycznych oraz weryfikację jego skuteczności, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  8) załącznika nr 32 do zarządzenia, określającego Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia w programie lekowym Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD), w związku z pismem Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;  9) załącznika nr 59 do zarządzenia, określającego Regulamin prac Zespołu Koordynacyjnego do spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  10) dodania załącznika nr 84 do zarządzenia, określającego Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia chorób śródmiąższowych płuc oraz weryfikację jego skuteczności, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;  11) dodania załącznika nr 85 do zarządzenia, określającego Regulamin prac Zespołu Koordynacyjnego do spraw Leczenia Chorób Śródmiąższowych Płuc, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym.  Załącznik określający skład osobowy Zespołu Koordynacyjnego do spraw Leczenia Chorób Śródmiąższowych Płuc zostanie opublikowany po powołaniu zespołu przez Prezesa Funduszu.  Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący.  Wobec powyższego przepisy zarządzenia stosuje się do świadczeń udzielanych od dnia 1 lipca 2023 r.  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.  Projektowane zmiany wpisują się w kluczowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia cele określone w Strategii na lata 2019-2023 jak: (cel 2) poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz (cel 5) poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej.  Zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zasięgnie opinii właściwych konsultantów krajowych, a także zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ustawy o świadczeniach, zasięgnie opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców. | Uwagi do 14 lipca 2023 r. | <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/projekty-zarzadzen/projekt-zarzadzenia-leczenie-szpitalne-programy-lekowe,6845.html> |
| Obwieszczenie | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2023 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych | ustala się na dzień 1 lipca 2023 r. wykaz refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych |  | <https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2023/49/akt.pdf> |
| Obwieszczenie | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2023 r. w sprawie wykazu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, dla których ustalono urzędową cenę zbytu | ustala się na dzień 1 lipca 2023 r. wykaz leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego |  | <https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2023/48/akt.pdf> |
| Zarządzenie | Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 czerwca 2023 r. uchylające zarządzenie Ministra Zdrowia w sprawie powołania Krajowej Rady do spraw Onkologii | Traci moc zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lutego 2015 r. w sprawie powołania Krajowej Rady  do spraw Onkologii | Wejście w życie 20 czerwca 2023 r. | <https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2023/47/akt.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2023 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej | Konieczność wydania nowego rozporządzenia wynika z przepisu art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2770), który zmienił zakres przedmiotowy upoważnienia ustawowego zawartego w art. 13a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.  Rozporządzenie nie będzie już regulowało sposobu i trybu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 12 ustawy o świadczeniach tj. świadczeń wysokospecjalistycznych. Od dnia 1 stycznia 2023 r. świadczenia te są finansowane ze środków finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia (Minister Zdrowia nie przekazuje już na ten cel dotacji z budżetu państwa).  Natomiast zasady finansowania pozostałych świadczeń określonych w przedmiotowym rozporządzeniu, o których mowa w art. 12 pkt 5 i 10–12, art. 12a ustawy o świadczeniach, pozostają bez zmian. | Wejście w życie 3 lipca 2023 r. | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000126501.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 czerwca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie metody zapobiegania COVID-19 | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie metody zapobiegania COVID-19 stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 3 ust. 4 pkt 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2022 poz. 1657, z późn. zm.) i dokonuje zmiany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2020 r. w sprawie metody zapobiegania COVID-19 (Dz. U. z 2022 r. poz. 1003 i 2627).  Zarówno system Ewidencja Wjazdu do Polski (tzw. EWP) jak i unijne cyfrowe zaświadczenia COVID są uregulowany obecnie w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 25 marca 2022 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. poz. 679, z późn. zm.). System EWP został utworzony w związku z wystąpieniem epidemii COVID-19 w celu gromadzenia danych o osobach narażonych na zakażenie i zakażonych SARS-CoV-2. W okresie epidemii był on systematycznie rozwijany o dodatkowe funkcjonalności. Wspomniane zaświadczenia stanowiło możliwość korzystania z prawa do swobodnego przemieszczania się w czasie pandemii COVID-19 i ułatwienie stopniowego znoszenia ograniczeń swobodnego przemieszczania się wprowadzonych przez państwa członkowskie, zgodnie z prawem Unii, w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się SARS-CoV-2, w skoordynowany sposób.  Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2023 r. w sprawie odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. poz. 1118), z dniem 1 lipca 2023 r. nastąpi odwołanie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej stan zagrożenia epidemicznego w związku z zakażeniami SARS-CoV-2. Niemniej, system EWP oraz unijne cyfrowe zaświadczenia COVID są dalej niezbędne dla prawidłowego monitorowania sytuacji związanej z zakażeniem SARS-CoV-2 w kraju oraz przetwarzania danych osobowych i jednostkowych danych medycznych gromadzonych w systemie EWP, stanowiąc istotne metody zapobiegania zakażeniom i ich kontroli.  Celem projektowanej zmiany jest utrzymanie w mocy funkcjonującego obecnie systemu system EWP oraz unijnych cyfrowych zaświadczeń COVID (w projekcie rozporządzenia zwane jako „Certyfikaty COVID”), stanowiących istotne elementy działań skierowanych na zapobieganie zakażeniom COVID-19. Narzędzia te były i są wykorzystywane jako metody powstrzymywania rozprzestrzeniania się zakażeniom SARS-CoV-2. | Wejście w życie 1 lipca 2023 r. | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000125401.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej | 1. W trakcie obowiązywania stanu epidemii i stanu zagrożenia epidemicznego część świadczeniodawców działających w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „PSZ”, skoncentrowała się w całości albo w znacznej części na realizacji specyficznych zadań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19, co spowodowało to ograniczenie działalności tych podmiotów, zgodnej z zakresem ich kwalifikacji do PSZ. Sytuacja pandemiczna wpłynęła też na ogólne obniżenie aktywności świadczeniodawców PSZ, co spowodowane było zarówno restrykcjami epidemicznymi jak i zmniejszoną skłonnością znacznej części pacjentów do korzystania z planowych świadczeń opieki zdrowotnej w omawianym okresie. Konsekwencją tego było powstanie „długu zdrowotnego”, którego spłacenie wymaga obecnie istotnego zwiększenia liczby przyjęć pacjentów przynajmniej przez część świadczeniodawców PSZ, w tym w zakresach świadczeń finansowanych w formie ryczałtu PSZ.  2. W następstwie wysokiej inflacji oraz wzrostu kosztów zatrudnienia personelu, w tym osób zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych, nastąpił wzrost kosztów prowadzenia działalności przez świadczeniodawców działających w ramach PSZ, co skutkowało wydaniem z rekomendacji nr 54/2023 z dnia 31 maja 2023 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zgodnie z którą wolumen świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w formie ryczałtu PSZ powinien ulec zwiększeniu o 2,35%.  1. Projekt rozporządzenia zakłada wprowadzenie do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1783, z późn. zm.) § 3a, który umożliwi odpowiednie zwiększenie ryczałtu PSZ w bieżącym okresie rozliczeniowym tym świadczeniodawcom, którzy – w związku ze zwiększonym zapotrzebowaniem na świadczenia opieki zdrowotnej w okresie popandemicznym – wykonali świadczenia w skali przekraczającej liczbę jednostek sprawozdawczych, stanowiąca podstawę ustalenia wysokości ryczałtu. Proponowany przepis upoważni Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „NFZ”, do odpowiedniego zwiększenia takim podmiotom kwot ryczałtu PSZ, na podstawie z art. 136c ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych , zgodnie z którym dokonanie odpowiedniej korekty wysokości ryczałtu, w trakcie okresu rozliczeniowego, jest dopuszczalne m. in. w uzasadnionych sytuacjach związanych ze zmianą zakresu działalności leczniczej świadczeniodawcy.  2. Ponadto w projekcie rozporządzenia wprowadza się przepis przejściowy, na mocy którego liczba jednostek sprawozdawczych, obliczana dla danego świadczeniodawcy na bieżący okres rozliczeniowy, obejmujący 2023 r., będzie zostanie zwiększona o 2,35%. | Wejście w życie 1 lipca 2023 r. | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000124801.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych | W zakresie informacji dotyczących wyrobów medycznych:  1) brak uwzględnienia w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 434, z późn. zm.), zwanym dalej „rozporządzeniem”, wpływu na sposób gromadzenia i przekazywania danych dotyczących zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zleceń naprawy wyrobu medycznego, aplikacji uruchomionej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”, służącej do wystawiania tych zleceń w postaci elektronicznej;  2) konieczność dostosowania zakresu danych, jakie określa rozporządzenie w odniesieniu do danych dotyczących wyrobów medycznych, do zakresu danych jakie świadczeniodawcy realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz naprawy wyrobów medycznych przekazują do Funduszu, określonych przez rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2021 r. w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego (Dz. U. z 2021 r. poz. 2499, z późn. zm.), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie zleceń”;  3) złożony system rozliczania zleceń na wyroby medyczne i zleceń naprawy (obecnie świadczeniodawcy realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne przekazują do Funduszu informacje o zrealizowanych zleceniach dwukrotnie – do aplikacji eZWM (systemu obsługi procesu elektronicznego weryfikowania i potwierdzania zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne)– o pobraniu i zrealizowaniu zlecenia, oraz informacje o zrealizowanych zleceniach, które są podstawą rozliczenia – odrębnym komunikatem sprawozdawczym do właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu. Wszelkie korekty kwestionowanych przez Fundusz danych muszą więc być dokonywane w dwóch różnych systemach, a rozliczenie z wykorzystaniem komunikatu dodatkowo wymaga posiadania przez świadczeniodawcę dedykowanego do rozliczeń systemu);  4) Fundusz nie otrzymuje od świadczeniodawcy kopii dokumentu okazanego przez osobę, która uzyskała wyrób medyczny, uprawniającego do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, w przypadku gdy realizowane zlecenie zostało wystawione osobie uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.  W zakresie informacji odnoszących się do list oczekujących:  1) przy wyliczaniu przez świadczeniodawcę średnich czasów oczekiwania na uzyskanie świadczenia uwzględniane są także przypadki, w których długi czas oczekiwania danej osoby nie wynika z przyznanego przez świadczeniodawcę terminu, ale z faktu, że pacjent występuje do świadczeniodawcy z wnioskiem o przełożenie na później (często wielokrotnie) wyznaczonego mu terminu udzielenie świadczenia. W związku z powyższym średni czas ulega zawyżeniu, gdyż niezasadnie wliczany jest też czas wynikający z faktu, że pacjent przesunął wyznaczony mu termin udzielenia świadczenia;  2) z informacji publikowanych przez Fundusz w informatorze o terminach leczenia, świadczeniobiorca nie uzyskuje informacji czy dany świadczeniodawca wykonuje świadczenia z zakresu kolonoskopii i gastroskopii także ze znieczuleniem, a w przypadku świadczeniodawców, którzy w poradniach dla dorosłych udzielają świadczeń również dzieciom – informacji o wieku dzieci, które mogą uzyskać świadczenie.  W zakresie wyrobów medycznych  Ad 1) przepisy projektowanego rozporządzenia uwzględniają wykorzystywanie aplikacji przy wystawianiu zleceń na wyroby medyczne w postaci elektronicznej oraz odnotowywania każdego etapu realizacji tego zlecenia na bieżąco w aplikacji;  Ad 2) dostosowano zakres przetwarzanych danych do zakresu wynikającego z rozporządzenia w sprawie zleceń;  Ad 3) uproszczono dotychczasowy sposób rozliczania zleceń na wyroby medyczne i zleceń naprawy. Zestawienie refundacyjne wyrobów medycznych wynikające ze zrealizowanych zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne lub zleceń naprawy, będzie generowane przez system na podstawie danych wpisywanych przez świadczeniodawców do aplikacji eZWM;  Ad 4) świadczeniodawcy będą przekazywać do Funduszu kopię dokumentu okazanego przez osobę, która uzyskała wyrób medyczny, uprawniającego do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, w przypadku gdy realizowane zlecenie zostało wystawione osobie uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji  II. Zmiany dotyczące informacji odnoszących się do list oczekujących.  Ad 1) zmieniono sposób wyliczania średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia – do czasu oczekiwania nie są wliczane te dni oczekiwania, w których dłuższe oczekiwanie na świadczenie wynikało z przyczyn leżących po stronie świadczeniobiorcy (np. termin przełożono na jego wniosek).  Ad 2) w celu uzupełnienia informacji publikowanych przez Fundusz w informatorze o terminach leczenia, na podstawie której świadczeniobiorcy dokonują wyboru świadczeniodawcy, Fundusz uzyska od świadczeniodawców informację:  a) dotyczącą przedziału wiekowego dzieci, którym udziela świadczeń w przypadku świadczeniodawców, którzy w poradniach dla dorosłych udzielają świadczeń również dzieciom;  b) czy świadczeniodawca realizuje badania ze znieczuleniem – w przypadku świadczeń gastroskopii i kolonoskopii. | Wejście w życie z dniem 1 lipca 2023 r., z wyjątkiem § 1 pkt 2 lit. a, pkt 4 lit. a oraz b oraz pkt 5,  7 i 8, które wchodzą w życie z dniem 1 stycznia 2024 r. | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000124501.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” | Projektowane rozporządzenie przedłuży funkcjonowanie programu pilotażowego do dnia 30 czerwca 2024 r. oraz umożliwi ponowne skorzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej objętych programem pilotażowym pod warunkiem, że od udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej w ramach tego programu po raz pierwszy upłynęło co najmniej 12 miesięcy.  Ponadto wprowadzane zmiany uproszczą i przyśpieszą proces rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej oraz zapewnią świadczeniobiorcom łatwiejszy dostęp do informacji o dostępności terminów u wszystkich świadczeniodawców. Dla świadczeniobiorców zmiana ta poszerzy katalog instrumentów umożliwiających zapisanie się na świadczenia udzielane w ramach programu pilotażowego poprzez wykorzystanie Internetowego Konta Pacjenta oraz infolinii. Do centralnej elektronicznej rejestracji wprowadzane będą dane o planowanych terminach udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej przez administratora danych w systemie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2022 r. poz. 1555, z późn. zm.) albo realizatorów programu pilotażowego.  W ramach ww. funkcjonalności świadczeniobiorcy objęci programem pilotażowym będą mogli złożyć oświadczenie o zamiarze uzyskania świadczeń udzielanych w ramach programu pilotażowego po otrzymaniu skierowania, o którym mowa w § 7 ust. 2 rozporządzenia:  1) za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;  2) za pośrednictwem infolinii;  3) bezpośrednio u świadczeniodawcy.  Zmiany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” (Dz. U. z 2023 r. poz. 116) dotyczą przedłużenia funkcjonowania tego programu do dnia 30 czerwca 2024 r. oraz umożliwiają ponowne skorzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej objętych programem pilotażowym. Ponadto zmiany dotyczą zasad realizacji programu pilotażowego polegających na obowiązku wykorzystania do jego realizacji centralnej elektronicznej rejestracji.  Centralna elektroniczna rejestracja jest to funkcjonalność systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, umożliwiająca dokonanie przez świadczeniobiorcę centralnego zgłoszenia i przydzielenie mu terminu udzielenia świadczenia u wybranego realizatora programu pilotażowego, zmiany oraz rezygnacji w zakresie dokonanego centralnego zgłoszenia oraz ustalenia terminu udzielenia świadczenia. | Wejście w życie 30 czerwca 2023 r. z wyjątkiem § 1 pkt 3, który wchodzi  w życie z dniem 1 września 2023 r. | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000123901.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego | Zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2021 r. poz. 2048, z późn. zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem SOR”, ma na celu umożliwienie podmiotom leczniczym dostosowanie się do wymagań określonych w rozporządzeniu w zakresie:  1) organizacji w szpitalu miejsca udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;  2) zapewnienia specjalisty medycyny ratunkowej na stanowisku ordynatora szpitalnego oddziału ratunkowego, zwanego dalej „SOR”, (lekarza kierującego oddziałem).  Zgodnie z § 15 pkt 4a rozporządzenia SOR do dnia 30 czerwca 2023 r. istnieje obowiązek spełnienia wymagania w zakresie miejsca udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.  Obecnie w kraju funkcjonuje 246 SOR. W 42 z nich nie zapewnia się udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w lokalizacji SOR.  Zgodnie z § 16 pkt 1 rozporządzenia SOR do dnia 30 czerwca 2023 r. ordynatorem oddziału (lekarzem kierującym oddziałem) jest lekarz systemu. Szpitale sygnalizują problemy z zapewnieniem specjalistów medycyny ratunkowej w SOR, nie tylko na stanowisku kierownika tego oddziału, ale również jako bieżącej obsady.  Przedmiotowy projekt wydłuża okres na dostosowanie SOR do wymagań rozporządzenia SOR w zakresie organizacji w szpitalu miejsca udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Termin na spełnienie warunku w zakresie organizacji w SOR miejsca udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej został przesunięty o 6 miesięcy (do 31 grudnia 2023 r.).  W odniesieniu do obowiązku zapewnienia specjalisty medycyny ratunkowej na stanowisku ordynatora oddziału (lekarza kierującego oddziałem) termin wydłużono o jeden rok (do dnia 30 czerwca 2024 r.).  Mając na względzie zgłaszane przez dyrektorów szpitali trudności w pozyskaniu odpowiedniej liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny ratunkowej zainteresowanych pracą na stanowisku ordynatora SOR, zasadne jest wydłużenie terminu dostosowania do tego wymagania, jak również dopuszczenie zatrudnienia na tym stanowisku lekarza po drugim roku specjalizacji w tej dziedzinie, pod warunkiem, że kontynuuje on szkolenie specjalizacyjne (zmiana § 12 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia SOR). Powyższe zmiany umożliwią wszystkim szpitalom z SOR kontynuowanie realizacji umowy zawartej z oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia. | Wejście w życie z dnie 30 czerwca 2023 r. | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000123701.pdf> |
| Obwieszczenie | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 25 maja 2023 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego | ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2021 r. poz. 2048), |  | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000122501.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2023 r. w sprawie specjalizacji i uzyskiwania tytułu specjalisty przez diagnostów laboratoryjnych | Dotychczasowe przepisy dotyczące zasad i warunków wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej w medycznym laboratorium diagnostycznym, zwanym dalej ,,laboratorium”, zasad uzyskiwania prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego, pragmatyki zawodu oraz kształcenia przed i podyplomowego diagnostów laboratoryjnych oraz zasad organizacji i działania samorządu diagnostów laboratoryjnych były uregulowane w ustawie z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 134). Z uwagi na postęp wiedzy w dziedzinie medycyny laboratoryjnej konieczne stało się opracowanie nowej regulacji w powyższym zakresie, tj. ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej, zwanej dalej „ustawą”, która weszła w życie 10 grudnia 2022 r.  Zgodnie z art. 61 ustawy minister właściwy do spraw zdrowia został upoważniony do wydania rozporządzenia regulującego m.in. kwestie zagadnień związanych ze szkoleniem specjalizacyjnym oraz określeniem nowego wzoru dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty przez osobę wykonującą zawód diagnosty laboratoryjnego.  Aktualnie, zagadnienia dotyczące szkolenia specjalizacyjnego i uzyskiwania tytułu specjalisty przez diagnostów są określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia z dnia 22 listopada 2016 r. w sprawie specjalizacji i uzyskiwania tytułu specjalisty przez diagnostów laboratoryjnych (Dz.U. z 2022 r. poz. 1338 i 1460).  Głównym celem projektu rozporządzenia jest szczegółowe uregulowanie zagadnień związanych ze szkoleniem specjalizacyjnym w określonych dziedzinach medycyny laboratoryjnej oraz wydaniem dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty przez osobę wykonującą zawód diagnosty laboratoryjnego.  Projekt rozporządzenia określa wykaz kodów specjalizacji (załącznik nr 1 do projektu rozporządzenia).  W projekcie rozporządzenia określono wysokość wynagrodzenia dla osób wykonujących czynności kontrolne w ramach kontroli realizacji szkolenia specjalizacyjnego prowadzonego przez jednostki szkolące, które uzyskały akredytację na prowadzenie ww. szkolenia w danej dziedzinie medycyny laboratoryjnej. Wynagrodzenie w tym zakresie wynosić będzie 300 zł dla jednej osoby za przeprowadzenie czynności kontrolnych w ramach jednej kontroli.  Projekt rozporządzenia określa wykaz specjalności, w których diagnosta laboratoryjny posiadający odpowiednią specjalizację I stopnia, uzyskaną na podstawie dotychczasowych przepisów, może uzyskać tytuł specjalisty w określonej dziedzinie po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z programem, o którym mowa w art. 38 ust. 1 i 2 ustawy.  Szkolenie specjalizacyjne będzie odbywać się w 11 dziedzinach medycyny laboratoryjnej, o których mowa w § 2 ust. 1 projektu rozporządzenia.  Projektowana regulacja określa regulamin postępowania kwalifikacyjnego dotyczący rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego przez diagnostę laboratoryjnego (załącznik nr 3 do projektu rozporządzenia).  Osobie zakwalifikowanej do rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego wojewoda właściwy ze względu na obszar województwa, na którego terenie wnioskodawca zamierza odbywać szkolenie specjalizacyjne, będzie tworzył będzie tworzył elektroniczną kartę przebiegu szkolenia specjalizacyjnego, zwaną dalej ,,EKS”, prowadzoną w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, o którym mowa w art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2022 r. poz. 1555, z późn. zm.). EKS będzie stanowiła dowód odbycia szkolenia specjalizacyjnego zgodnie z jego programem, umożliwiając monitorowanie przebiegu szkolenia specjalizacyjnego danego diagnosty laboratoryjnego, co uprości także planowanie realizacji staży i kursów odbywanych w ramach szkolenia specjalizacyjnego.  Projekt rozporządzenia określa wzór oświadczenia członków Zespołów Egzaminacyjnych wyznaczonych spośród członków Państwowej Komisji Egzaminacyjnej, w celu zapewnienia bezstronności pracy osób przeprowadzających Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego Diagnostów Laboratoryjnych, zwanego dalej ,,PESDL” (załącznik nr 4 do projektu rozporządzenia).  Projekt rozporządzenia określa wysokość wynagrodzenia przewodniczącego Zespołu Egzaminacyjnego – 400 zł, oraz członka Zespołu Egzaminacyjnego – 200 zł.  Projekt rozporządzenia zawiera także szczegółowe regulacje dotyczące sposobu i trybu składania PESDL oraz ustalania jego wyników.  Projekt rozporządzenia określa wzór dyplomu specjalisty (załącznik nr 7 do projektu rozporządzenia).  Jednocześnie projektowane regulacje określają tryb wydawania przez dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych, zwanego dalej „CEM”, duplikatu albo odpisu dyplomu PESDL oraz sposób uiszczania opłaty za wydanie duplikatu lub odpisu dyplomu PESDL, oraz tryb dokonywania przez dyrektora CEM korekty dyplomu PESDL oraz sposób uiszczania opłaty za dokonanie korekty dyplomu.  Projekt rozporządzenia określa, iż opłata za PESDL będzie w wysokości 450 zł. Projektowane przepisy rozporządzenia umożliwiają także uiszczanie odpowiednio niższej opłaty za PESDL, w przypadku przystępowania wyłącznie do egzaminu teoretycznego albo wyłącznie do egzaminu praktycznego wchodzącego w skład PESDL, w wysokości 225 zł. Wysokość opłaty za PESDL ustalono przy uwzględnieniu realnych kosztów jego organizacji i przeprowadzenia, ustalanych na podstawie m.in. kosztu najmu sali, w której jest przeprowadzony egzamin, przygotowania nośników elektronicznych lub magnetycznych do sprawdzianu testowego, kosztu opracowania, przygotowania i wydrukowania sprawdzianu testowego, kosztu przygotowania, wydrukowania i wydania dyplomu potwierdzającego złożenie PESDL. | Wejście w życie 29 czerwca 2023 r. | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000122101.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin | W celu umożliwienia kontynuowania realizowanych w ramach programu pilotażowego świadczeń do czasu opracowania sposobu organizacji opieki nad pacjentami problemowo korzystającymi z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin oraz przygotowania docelowych rozwiązań w oparciu o wyniki badania ewaluacyjnego konieczna jest zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 listopada 2021 r. w sprawie programu pilotażowego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin (Dz. U. poz. 2253, z poźn. zm.) polegająca na wydłużeniu czasu realizacji programu pilotażowego do dnia 30 czerwca 2024 r.  W projekcie rozporządzenia dokonano zmiany § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 listopada 2021 r. w sprawie programu pilotażowego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin przez wydłużenie o rok programu pilotażowego, w konsekwencji czego okres realizacji programu pilotażowego będzie trwał do dnia 30 czerwca 2024 r. | Wejście w życie 29 czerwca 2023 r. | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000121601.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 maja 2023 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD | Celem programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej nad dzieckiem urodzonym przedwcześnie KORD, tj. poniżej 33. tygodnia ciąży, od daty wypisu z oddziału noworodkowego do ukończenia 3. roku życia, jest poprawa wyników leczenia niedojrzałych noworodków oraz jakości i efektywności działań koniecznych do prawidłowego rozwoju takiego dziecka. Dodatkowym celem jest wypracowanie standardu organizacyjnego i postępowania medycznego w zakresie opieki nad dzieckiem urodzonym przedwcześnie.  W 2019 r. liczba urodzeń w Rzeczpospolitej Polskiej wynosiła 376 192 i obniżyła się o blisko 13 tys., tj. o 3,5 % w porównaniu do roku poprzedniego. W tej liczbie 21 174 dzieci urodziło się przedwcześnie, tj. z masą <2500g (co stanowi 5,6% wszystkich urodzeń), a 27 957 dzieci urodziło się przed ukończeniem 37 tygodni ciąży (co stanowi 7,4% wszystkich urodzeń). 94% wszystkich urodzeń, to urodzenia o czasie z masą ciała >2,500 g. Odsetek urodzeń przedwczesnych w naszym kraju zawiera się w granicach 5,5–7,4%, co daje nam szacunkowo 10. miejsce pod tym względem w Unii Europejskiej.  Rozkład wieku płodowego w grupie noworodków urodzonych przedwcześnie wskazuje na to, że ponad 70% z nich rodzi się jako „duże” wcześniaki („late preterm”) w wieku płodowym 34–36 tygodni, a grupa bardzo niedojrzałych („very preterm”) z wiekiem płodowym poniżej 32 tygodni – stanowi to 16% wszystkich przedwcześnie urodzonych. Masa noworodków urodzonych przedwcześnie przed ukończeniem 32 tygodni zwykle nie przekracza 1600 g, a tych urodzonych skrajnie przedwcześnie 1000 g. W grupie noworodków urodzonych przedwcześnie 0,4% to urodzenia ze skrajnie małą (<1000 g) masą ciała. Ten odsetek dotyczy populacji najmniej dojrzałych noworodków, urodzonych skrajnie przedwcześnie i z największym ryzykiem zgonu, okazuje się być stabilny w ostatnim okresie czasu. Liczebność tej populacji zmniejszyła się dwukrotnie od końca XX wieku (w 1990 r. wynosiła 0,9% ).  Drugim kryterium definiującym populację noworodków urodzonych przedwcześnie, tj. przed ukończeniem 37 tygodni ciąży, jest faktyczny czas trwania ciąży. Jest to kryterium mniej obiektywne, niż urodzeniowa masa ciała, ale jeśli pierwsze badanie USG płodu odbywa się w pierwszym trymestrze ciąży, to wiarygodność oceny czasu trwania ciąży w korelacji z masą płodu rośnie. Według kryterium czasu trwania ciąży liczba noworodków urodzonych przedwcześnie sięga aktualnie w Rzeczypospolitej Polskiej 7,5%.  Stała poprawa przeżywalności niedojrzałych noworodków, zwłaszcza urodzonych skrajnie i bardzo przedwcześnie, skutkuje tym samym zwiększającą się liczbą tych dzieci wypisywanych do domu z oddziałów noworodkowych. Dzieci urodzone przedwcześnie, nierzadko są obarczone wieloma problemami zdrowotnymi, stąd poza rutynową opieką lekarza rodzinnego wymagają kontroli specjalistycznej przynajmniej do 3. roku życia, a optymalnie do wieku szkolnego.  Z uwagi na często występującą wielochorobowość, współistniejące zaburzenia psychoruchowe czy zaburzenia żywienia, opieka medyczna nad tymi dziećmi staje się prawdziwym wyzwaniem. Obecnie opieka nad dzieckiem urodzonym przedwcześnie jest rozporoszona, brak odrębnych regulacji prawnych nakładających obowiązek nadzoru  i odpowiedzialności za opiekę medyczną nad dzieckiem tj. planowania diagnostyki, terapii, kontroli wyników leczenia. Zwłaszcza, że właściwa ocena i koordynacja koniecznych interwencji medycznych i terapeutycznych są niezbędne dla zapewnienia optymalnego rozwoju dziecka i mogą zapobiec zaburzeniom rozwoju lub ograniczyć istniejący deficyt rozwojowy.  W celu rozwiązania wskazanych problemów w opiece nad dzieckiem urodzonym przedwcześnie, jest konieczne wprowadzenie racjonalnych rozwiązań w organizacji opieki zdrowotnej nad tą grupą świadczeniobiorców, mających na celu zapewnienie ciągłości, kompleksowości i koordynacji opieki nad tymi pacjentami i sprawdzenie jej efektywności.  Biorąc pod uwagę korzyści związane z kompleksową opieką rozwojową nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie, które spełniają kryteria kwalifikacji, jako postępowania z wyboru, proponuje się przetestowanie kompleksowego modelu opieki medycznej nad tymi dziećmi w ramach programu pilotażowego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.  Proponowany model koordynowanej i kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie zakłada prowadzenie procesu diagnostyczno-terapeutycznego w ośrodkach mających doświadczenie w opiece nad wcześniakami w oparciu o wielodyscyplinarny zespół, w skład którego wchodzą specjaliści z różnych dziedzin medycyny. Rekomendowany model opieki obejmuje diagnozę, leczenie ambulatoryjne, opiekę psychologa oraz rehabilitację leczniczą. W pierwszych latach życia, przynajmniej do ukończenia 3. roku życia, dzieci te wymagają opieki kompleksowej ze względu na ryzyko nieharmonijnego lub nieprawidłowego rozwoju. Celem pracy wielospecjalistycznego zespołu jest monitorowanie rozwoju dziecka urodzonego przedwcześnie i wyrównywanie ewentualnych nieprawidłowości rozwojowych w porównaniu do dzieci urodzonych o czasie. W tym czasie należy dążyć do wyrównania niedoborów żywieniowych, nieprawidłowego rozwoju ruchowego, poznawczego i emocjonalnego, pełnej realizacji kalendarza szczepień po to, aby mogły one uczęszczać do przedszkola i szkoły.  Oczekiwanym efektem pilotażu nowego modelu kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie jest poprawa stanu zdrowia świadczeniobiorców mierzona m.in. wskaźnikami jakości opieki, a także zmniejszenie kosztów ponoszonych przez państwo i rodziny dzieci urodzonych przedwcześnie. | Wejście w życie 10 lipca 2023 r. | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000120201.pdf> |
| Obwieszczenie | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 maja 2023 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej | ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 787) |  | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000119401.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2023 r. w sprawie umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów realizuje upoważnienie zawarte w art. 17 ust. 26 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Przepisy art. 17 określają zasady i organizację certyfikacji umiejętności zawodowych. Obecnie uzyskiwanie potwierdzenia nabycia danej umiejętności zawodowej nie jest sformalizowane. Brak jest zarówno katalogu umiejętności zawodowych, jak i określenia kwalifikacji lekarzy, którzy mogą przystąpić do certyfikacji tych umiejętności, bowiem rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2007 r. w sprawie umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych (Dz. U. poz. 867) obowiązywało do dnia 22 kwietnia 2008 r.  Rozporządzenie będzie określać nowy katalog umiejętności zawodowych lekarza i lekarza dentysty, a także będzie wskazywać kwalifikacje lekarzy, którzy będą mogli aplikować na certyfikację umiejętności zawodowych. Oczekiwanym efektem będzie stworzenie nowego katalogu umiejętności zawodowych oraz ujednolicenie zasad uzyskiwania certyfikatów, co umożliwi lekarzom potwierdzanie nabytej przez nich wiedzy i doświadczenia praktyczne w sposób zgodny z przepisami prawa. Certyfikacji umiejętności zawodowych dokonywać będą właściwe dla danej umiejętności polskie towarzystwa naukowe i państwowe instytuty badawcze. Dokonywanie przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP) kontroli procesu certyfikacji będzie z kolei gwarancją utrzymania jakości potwierdzania nabytej wcześniej przez lekarzy i lekarzy dentystów wiedzy i umiejętności zawodowych w danym zakresie. | Wejście w życie 3 lipca 2023 r. | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000118901.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia | Przedmiotem projektu rozporządzenia jest wprowadzenie nowej dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia – psychoterapii, w której osoby zainteresowane będą mogły odbywać szkolenie specjalizacyjne. Powyższe przyczyni się do poprawy opieki w obszarze ochrony zdrowia w zakresie opieki psychiatrycznej. Umożliwi to podniesienie w ramach kształcenia podyplomowego kwalifikacji zawodowych osób posiadających tytuł zawodowy lekarza lub tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub osób, które uzyskały tytuł magistra po ukończeniu studiów na kierunkach: lekarskim, lekarsko-dentystycznym, pielęgniarstwa, położnictwa, psychologii, pedagogiki, praca socjalna, socjologii, resocjalizacji, nauki o rodzinie. Psychoterapia to uznana metoda terapeutyczna, która może być stosowana jako monoterapia w zaburzeniach psychicznych o łagodnym nasileniu. Połączenie psychoterapii z farmakoterapią lub metodami biologicznymi to optymalna forma leczenia zaburzeń psychicznych o umiarkowanym i ciężkim nasileniu. Psychoterapia odgrywa również znaczącą rolę w profilaktyce chorób psychosomatycznych i zaburzeń psychicznych. Wprowadzenie specjalizacji z psychoterapii zwiększy dostępność psychoterapii, szczególnie w ramach leczenia środowiskowego realizowanego w ramach centrum zdrowia psychicznego i pozostałych podmiotów świadczących opiekę psychiatryczną.  Umiejscowienie systemu szkolenia w dziedzinie psychoterapii w funkcjonującym systemie prowadzenia szkoleń wynikającym z przepisów ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia przyczyni się do uzyskania transparentnych i wystandaryzowanych warunków i trybu uzyskiwania akredytacji do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w zakresie psychoterapii. Osoba posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie psychoterapii będzie przygotowana do prowadzenia psychoterapii zaburzeń́ psychicznych i związanych z nimi zaburzeń somatycznych poprzez nawiązywanie szczególnej relacji interpersonalnej nazywanej relacją psychoterapeutyczną, umożliwiająca zaistnienie procesu psychoterapeutycznego, w którym język jest zasadniczym sposobem komunikacji. Celem oddziaływań psychospołecznych, stosowanych przez specjalistę w dziedzinie psychoterapii dorosłych, jest usunięcie zaburzeń́ psychicznych przez zmianę̨ sposobów przeżywania, poznawania i zachowania. W wyniku tych oddziaływań pacjent zdobywa nową wiedzę i uczy się̨ nowych wzorców reagowania emocjonalnego i zachowania. Adresatem tych oddziaływań́ będą pacjenci pełnoletni, u których rozpoznanie i przyczyny powstania objawów uzasadniają̨, zgodnie ze współczesną wiedzą o etiopatogenezie, zastosowanie psychoterapii. | Wejście w życie 24 czerwca 2023 r. | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000118701.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2023 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego | Dnia 21 grudnia 2022 r. została ogłoszona ustawa z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (Dz. U. poz. 2705), zwana dalej „ustawą”, która określa m.in zasady i warunki wykonywania zawodu ratownika medycznego. Obecnie zasady te są uregulowane w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowe Ratownictwo Medyczne (Dz. U. z 2022 r. poz. 1720, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o PRM”.  Na podstawie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 11 ust. 11 ustawy o PRM zostało wydane rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2019 r w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 863), zwane dalej „rozporządzeniem z 2019 r.”, które określa szczegółowy zakres:  1) medycznych czynności ratunkowych, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego samodzielnie lub na zlecenie lekarza;  2) świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego samodzielnie lub na zlecenie lekarza.  Rozporządzenie to straci moc dnia 22 czerwca 2023 r. i zachodzi potrzeba wydania nowego rozporządzenia.  Projektowane rozporządzenie określa szczegółowy zakres:  1) medycznych czynności ratunkowych, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego samodzielnie lub na zlecenie lekarza,  2) świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego samodzielnie lub na zlecenie lekarza w:  a) podmiotach leczniczych,  b) ramach ratownictwa górskiego i ratownictwa narciarskiego,  c) ramach ratownictwa wodnego,  d) ramach ratownictwa górniczego,  e) ramach Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa,  f) na lotniskach,  g) ramach wykonywania transportu sanitarnego i transportu medycznego,  h) izbach wytrzeźwień,  i) ramach służby poszukiwania i ratownictwa lotniczego,  - z wyłączeniem podmiotów leczniczych będących jednostkami budżetowymi i jednostkami wojskowymi, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej.  W zasadzie projekt rozporządzenia powiela rozwiązania zawarte w rozporządzeniu z 2019 r.  Zakres czynności do samodzielnego wykonania przez ratownika medycznego został rozszerzony o cewnikowanie pęcherza moczowego.  Katalog leków dopuszczonych do samodzielnego podawania przez ratownika medycznego został rozszerzony o następujące preparaty:  – Methoxyflurane – lek przeciwbólowy w formie wziewnej, stosowany w ratownictwie do leczenia silnego bólu głównie urazowego, możliwy do samodzielnego dozowania przez pacjenta,  – Tranexamic acid – lek o działaniu przeciwkrwotocznym.  W projekcie, w stosunku do rozporządzenia z 2019 r., zrezygnowano z dookreślenia, jaki drogami mogą być podawane produkty lecznicze (leki) przez ratownika medycznego, gdyż wynika to z Charakterystyki Produktu Leczniczego oraz aktualnej wiedzy medycznej. | Wejście w życie 22 czerwca 2023 r. | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000118001.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 czerwca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej | Zmiany w załączniku nr 9 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1372, z późn. zm.) mają na celu umożliwienie zakontraktowania świadczenia „Nadzór telemetryczny nad pacjentami z implantowanymi urządzeniami wszczepialnymi” w ramach umowy w rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane w celu zapewnienia bezpiecznego, kompleksowego wsparcia dla pacjentów z niewydolnością serca, u których w ramach postępowania terapeutycznego wszczepiono stymulator lub kardiowerter-defibrylator serca wyposażony w funkcję, która umożliwia zdalne przekazywanie zgromadzonych danych.  W załączniku nr 9 do rozporządzenia zmienianego dodano nowy przedmiot postępowania: „Nadzór telemetryczny nad pacjentami z implantowanymi urządzeniami wszczepialnymi”, które zostało wprowadzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 grudnia 2022 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 2641). Przedmiotowa zmiana umożliwi zakontraktowanie nowego świadczenia przez Narodowy Funduszu Zdrowia i pozwoli na wybór świadczeniodawców realizujących świadczenie w sposób kompleksowy.  Projektowane rozporządzenie nie zmienia warunków obligatoryjnie wymaganych od świadczeniodawców określonych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia wydanych na podstawie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. | Wejście w życie 4 lipca 2023 r. z wyjątkiem § 1 pkt 2 i pkt 6 lit. h, które  wchodzą w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000116001.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków wynagradzania za pracę pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej | Zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 13 września 2022 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej w 2023 r. (Dz. U. poz. 1952) minimalne wynagrodzenie za pracę od dnia 1 stycznia 2023 r. wynosi 3490 zł, a od dnia 1 lipca 2023 r. będzie wynosiło 3600 zł. Obowiązek ustalenia wynagrodzenia pracownika co najmniej na poziomie minimalnego wynagrodzenia wynika z przepisów ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. z 2020 r. poz. 2207).  Zgodnie z art. 9 ust. 1 pkt 3 lit. a ustawy budżetowej na rok 2023 z dnia 15 grudnia 2022 r. (Dz. U. z 2023 r. poz. 256), średnioroczny wskaźnik wzrostu wynagrodzeń w państwowej sferze budżetowej wynosi 107,8%.  W związku z komunikatem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2022 r. z dnia 9 lutego 2023 r. (M.P. poz. 171), od dnia 1 lipca 2023 r. wzrosną gwarantowane kwoty najniższych wynagrodzeń zasadniczych, o których mowa w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2139).  Powyższe skutkuje koniecznością zmiany tabeli miesięcznych stawek wynagrodzenia zasadniczego, określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2014 r. w sprawie warunków wynagradzania za pracę pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej (Dz. U. z 2022 r. poz. 1530, z późn. zm.).  Nie jest możliwe rozwiązanie problemu przez działania pozalegislacyjne, z uwagi na fakt, że warunki wynagradzania pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej określane są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2014 r. w sprawie warunków wynagradzania za pracę pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej.  W celu umożliwienia pracodawcom ustalenia wynagrodzenia pracownika co najmniej na poziomie minimalnego wynagrodzenia za pracę, w załączniku do projektu rozporządzenia minimalne kwoty wynagrodzenia zasadniczego w kategoriach zaszeregowania I-XX wynoszą odpowiednio od 3490 zł do 3870 zł (obecnie od 2810 zł do 3190 zł), natomiast maksymalne kwoty wynagrodzenia zasadniczego od 5000 zł do 10600 zł (obecnie od 3550 zł do 9250 zł).  Proponowane zmiany pozwolą na podwyższenie wynagrodzenia zasadniczego pracowników o średnioroczny wskaźnik wzrostu wynagrodzeń dla pracowników państwowej sfery budżetowej przewidziany w ustawie budżetowej na rok 2023 z dnia 15 grudnia 2022 r.  Podwyższenie maksymalnych stawek wynagrodzenia zasadniczego pozwoli również na wzrost od dnia 1 lipca 2023 r. najniższych wynagrodzeń zasadniczych pracowników wykonujących zawody medyczne oraz pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych działających w formie jednostki budżetowej, zgodnie z ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2139, z późn. zm.) w związku z komunikatem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2022 r. z dnia 9 lutego 2023 r., które wyniosło 6346,15 zł.  Projekt rozporządzenia przewiduje, że podwyższone stawki wynagrodzenia zasadniczego będą obowiązywały od dnia 1 stycznia 2023 r. | Wejście w życie 22 czerwca 2023 r. | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000115601.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wymagań Dobrej Praktyki Wytwarzania | Zmiany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań Dobrej Praktyki Wytwarzania (Dz. U. z 2022 r. poz. 1273) wydanym na podstawie art. 39 ust. 5 pkt 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. ̶ Prawo farmaceutyczne są podyktowane:  1) zmianą wytycznych Komisji Europejskiej dotyczących Dobrej Praktyki Wytwarzania badanych produktów leczniczych stosowanych u ludzi;  2) dostosowaniem wymagań dotyczących zatrudniania Osoby Wykwalifikowanej do realizowanego w zakładzie krwiodawstwa wytwarzania;  3) potrzebą wdrożenia wytycznych Komisji Europejskiej dotyczących importu produktów leczniczych.  W projekcie wprowadzono zmiany polegające na:  1) zastąpieniu dotychczasowych regulacji zawartych w Aneksie 13 w załączniku 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań Dobrej Praktyki Wytwarzania wytycznymi Komisji Europejskiej pt. „Detailed Commission guidelines on good manufacturing practice for investigational medicinal products for human use, pursuant to the second subparagraph of Article 63(1) of Regulation (EU) No 536/2014” (Brussels, 8.12.2017 C(2017) 8179 final) tylko w zakresie badanych produktów leczniczych stosowanych u ludzi;  2) dostosowaniu wymagania zawartego w Aneksie 14 w załączniku nr 5 do rozporządzenia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań Dobrej Praktyki Wytwarzania do wytycznych Komisji Europejskiej „Annex 14: Manufacture of Medicinal Products Derived from Human Blood or Plasma” (Brussels, SANCO/C8/AM/an D(2010) 380358);  3) wdrożeniu wytycznych Komisji Europejskiej pt: The Rules Governing Medicinal Products in the European Union Volume 4 EU Guidelines for Good Manufacturing Practice for Medicinal Products for Human and Veterinary Use Annex 21: Importation of medicinal products, wydanymi przez Komisję Europejską Brussels, 16.2.2022 C(2022) 843 final przez wprowadzenie nowego Aneksu 21 „Import produktów leczniczych” w załączniku 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie wymagań Dobrej Praktyki Wytwarzania;  4) wdrożeniu wytycznych Komisji Europejskiej pt. „EU Guidelines to Good Manufacturing Practice Medicinal Products for Human and Veterinary Use”, wydanymi przez Komisję Europejską (Brussels, 16.2.2022 C(2022) 843 final)” dotyczących importu badanych produktów leczniczych.  Wdrożenie ww. wymagań zapewni, że warunki wykonywania działalności związanej z wytwarzaniem i importerem produktów leczniczych w Rzeczypospolitej Polskiej i w pozostałych państwach członkowskich Unii Europejskiej będą identyczne, co pozwoli na wzajemne uznawanie inspekcji warunków wytwarzania i certyfikatów Dobrej Praktyki Wytwarzania dla produktów leczniczych. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12373956/12986826/12986827/dokument628684.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia regulaminu Komisji Odwoławczej do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Badań Klinicznych oraz wysokości wynagrodzenia członków tej Komisji | Wydanie rozporządzenia jest realizacją upoważnienia zawartego w art. art. 55 ust. 13 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi (Dz. U. poz. 605), zwanej dalej „ustawą”, zobowiązującego ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia, po zasięgnięciu opinii Rzecznika Praw Pacjenta, w drodze rozporządzenia, regulaminu Komisji Odwoławczej do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Badań Klinicznych, określającego tryb jej pracy oraz organizację, jak również wysokości wynagrodzenia członków tej Komisji.  W przepisach projektu rozporządzenia określających regulamin Komisji Odwoławczej do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Badań Klinicznych, zwanej dalej „Komisją”, uregulowano obowiązki członków Komisji, zadania przewodniczącego Komisji, sposób wyboru i odwołania przewodniczącego i wiceprzewodniczącego Komisji, a także tryb przeprowadzania posiedzeń Komisji.  W odniesieniu do kwestii wynagrodzenia, projekt przewiduje, że członkowi Komisji przysługuje wynagrodzenie za udział w każdym posiedzeniu w wysokości 15% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale roku ubiegłego, ogłaszanego w drodze obwieszczenia przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, z uwzględnieniem miesięcznego limitu wynagrodzenia o którym mowa w art. 55 ust. 10 ustawy. Zgodnie z ww. przepisem jednorazowe wynagrodzenie nie może przekroczyć 20% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale roku ubiegłego, ogłaszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”. Natomiast w skali miesiąca wynagrodzenie za udział w pracach Komisji nie może wynieść więcej niż 120% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale roku ubiegłego. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12374000/12987002/12987003/dokument628774.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie substancji wzbogacających dodawanych do żywności | Kwestie dotyczące wzbogacania żywności w Unii Europejskiej regulują przepisy rozporządzenia (WE) nr 1925/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 20 grudnia 2006 r. w sprawie dodawania do żywności witamin i składników mineralnych oraz niektórych innych substancji (Dz. Urz. UE L 404 z 30.12.2006, str. 26, z późn. zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem nr 1925/2006”. Rozporządzenie to umożliwia utrzymanie krajowych przepisów dotyczących obligatoryjnego wzbogacania niektórych grup środków spożywczych.  Przepisy wprowadzające obligatoryjne wzbogacanie niektórych grup środków spożywczych obowiązują od 1996 r. Zostały one utrzymane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2010 r. w sprawie substancji wzbogacających dodawanych do żywności (Dz. U. poz. 1184). W zakresie obligatoryjnego wzbogacania żywności projektowane rozporządzenia nie zawiera nowych przepisów, a utrzymuje obowiązujące obecnie regulacje, które mają na celu zapobieganie i wyrównywanie niedoborów określonych składników odżywczych w polskiej populacji. W związku z tym projekt rozporządzenia określa środki spożywcze, do których są obligatoryjnie dodawane witaminy lub składniki mineralne oraz ich maksymalne poziomy.  Ponadto koniecznym, ze względów bezpieczeństwa zdrowotnego konsumentów, jest wprowadzenie wykazu substancji innych niż witaminy i składniki mineralne zakazanych w produkcji środków spożywczych, w szczególności suplementów diety.  Obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2007 r. w sprawie składu oraz oznakowania suplementów diety (Dz. U. z 2018 r. poz. 1951 oraz z 2021 r. poz. 2236) wdraża dyrektywę 2002/46/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 10 czerwca 2002 r. w sprawie zbliżenia ustawodawstw Państw Członkowskich odnoszących się do suplementów żywnościowych (Dz. Urz. WE L 183 z 12.07.2002, str. 51, z późn. zm.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 13, t. 29, str. 490). Zgodnie z przepisami tej dyrektywy rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2007 r. w sprawie składu oraz oznakowania suplementów diety zawiera jedynie wykaz witamin i składników mineralnych oraz ich formy chemiczne, które mogą być stosowane w produkcji suplementów diety, oraz dodatkowe wymagania dotyczące ich zawartości w suplementach diety. Natomiast kwestie dotyczące obecności w suplementach diety substancji innych niż witaminy i składniki mineralne nie są regulowane przepisami ww. dyrektywy. W związku z tym do suplementów diety są dodawane różne substancje roślinne, które mogą mieć szkodliwy wpływ na zdrowie i życie konsumentów.  Celem projektowanego rozporządzenia jest utrzymanie działań zapewniających zapobieganie i wyrównywanie niedoboru jednego lub więcej składników odżywczych w polskiej populacji.  W związku z tym projekt rozporządzenia określa środki spożywcze, do których są obligatoryjnie dodawane witaminy lub składniki mineralne oraz ich maksymalne poziomy. Zgodnie z projektowanym rozporządzeniem będzie to sól kuchenna oraz tłuszcze, o których mowa w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1308/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającym wspólną organizację rynków produktów rolnych oraz uchylającym rozporządzenia Rady (EWG) nr 922/72, (EWG) nr 234/79, (WE) nr 1037/2001 i (WE) nr 1234/2007 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 671, z późn. zm.), z wyłączeniem tłuszczów mlecznych (masło, masło o zawartości trzech czwartych tłuszczu, masło półtłuste, tłuszcz mleczny do smarowania) określonych w lit. A dodatku II do załącznika VII tego rozporządzenia. Obowiązkowe jodowanie soli kuchennej prowadzone jest od 1996 r. i doprowadziło do zwiększonego spożycia jodu na poziomie populacyjnym oraz związanego z tym spadku zachorowań w wyniku niedoboru jodu, co zostało wysoko ocenione przez Międzynarodową Komisję ds. Kontroli Zaburzeń z Niedoboru Jodu oraz inne instytucje międzynarodowe.  Ponadto projektowane rozporządzenie określa w załączniku wykaz substancji innych niż witaminy i składniki mineralne zakazanych w produkcji środków spożywczych z uwagi na konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego konsumentów. Wykaz substancji, w odniesieniu do których stwierdzono szkodliwy wpływ na zdrowie, znajduje się w części A załącznika III do rozporządzenia nr 1925/2006. Substancje takie objęte są zakazem dodawania do żywności bądź stosowania w produkcji żywności. Rozporządzenie nr 1925/2006 w art. 11 ust. 2 umożliwia wprowadzenie krajowych przepisów zakazujących stosowania w żywności innych substancji niż witaminy lub składniki mineralne. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12367068/12935939/12935940/dokument591963.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 | Projekt rozporządzenia określa uprawnienia do poprzedzania badania kwalifikacyjnego w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania tego szczepienia, jak i do podania szczepienia przeciw Covid-19.  W okresie obowiązywania stanu epidemii i stanu zagrożenia epidemicznego zasady dotyczące przeprowadzania szczepień wynikają z art. 21c ustawy. Z uwagi na zniesienie stanu zagrożenia, przepisy art. 21c przestają obowiązywać. Tracą zatem uprawnienia do wykonywania szczepień osoby przeszkolone w kierunku wykonywania szczepień przeciw COVID-19 i które zdobyły doświadczenie przy realizacji szczepień. Zasadne jest pozostawienie możliwości dla lekarzy i innego personelu medycznego przeprowadzania szczepień w oparciu o nabyte doświadczenie, wiedzę i kwalifikacje.  W projektowanym rozporządzeniu proponuje się określić zawody uprawnione do wykonania badania kwalifikacyjnego w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania szczepienia oraz podania szczepionki.  Badanie kwalifikacyjne, może przeprowadzić lekarz, a w przypadku badania osoby, która ukończyła 15 rok życia przed zalecanym szczepieniem ochronnym, również felczer, lekarz dentysta, pielęgniarka, położna, ratownik medyczny, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny lub farmaceuta.  Zalecane szczepienie ochronne przeciw COVID-19 przeprowadza lekarz, lekarz dentysta, felczer, pielęgniarka, położna, higienistka szkolna, ratownik medyczny, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo farmaceuta – posiadający kwalifikacje, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 17 ust. 10 pkt 3 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi albo przepisach wydanych na podstawie art. 76 ust. 1 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2022 r. poz. 1873). | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12373854/12985739/12985740/dokument628196.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie trybu postępowania w sprawach dotyczących wpisów, zmian i wykreśleń z rejestru ratowników medycznych | Dotychczas z uwagi na brak rejestru ratowników medycznych nie było możliwości precyzyjnego ustalenia liczby osób uprawnionych do wykonywania zawodu ratownika medycznego, sposobach jego wykonywania oraz potrzeb kadrowych w tym zawodzie w poszczególnych rejonach kraju. Obecnie przepisy ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, zwanej dalej „ustawą”, przewidują możliwość utworzenia rejestru ratowników medycznych, zwanego dalej „rejestrem”.  Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie trybu postępowania w sprawach dotyczących wpisów, zmian i wykreśleń z rejestru ratowników medycznych, zwany dalej „projektem rozporządzenia” stanowi realizację upoważnienia zawartego w art. 143 ustawy. Projekt rozporządzenia określa zasady dokonywania wpisów do rejestru ratowników medycznych oraz zmian i wykreśleń danych zawartych w tym rejestrze.  Rejestr będzie prowadzony w systemie teleinformatycznym, którego administratorem będzie Krajowa Rada Ratowników Medycznych, zwana dalej „Krajową Radą”. Rejestr będzie narzędziem analitycznym, które pozwoli na uzyskanie zarówno informacji bieżącej o liczbie ratowników medycznych, sposobach wykonywania zawodu ratownika medycznego, jak również o potrzebach kadrowych w tym zawodzie w poszczególnych rejonach kraju.  Rejestr będzie zawierał dane, o których mowa w art. 140 ustawy. Dane te będą wpisywane przez Krajową Radę niezwłocznie po wystąpieniu ratownika medycznego o wpis do rejestru i przedłożeniu dokumentów lub kopii dokumentów poświadczającymi dane, o których mowa w art. 140 ustawy, nie później jednak niż w terminie 14 dni od dnia wpływu tych dokumentów do Krajowej Rady. Projekt rozporządzenia przewiduje również możliwość wystąpienia o wpis do rejestru w postaci elektronicznej z wykorzystaniem kwalifikowanego podpisu elektronicznego albo podpisu zaufanego. Wraz z wystąpieniem ratownik medyczny będzie przesyłał drogą elektroniczną odwzorowanie cyfrowe dokumentów poświadczających dane, o których mowa w art. 140 ustawy.  Ratownik medyczny będzie wskazywał adres do korespondencji lub adres poczty elektronicznej oraz określi sposób doręczania mu korespondencji związanej z wpisem do rejestru.  W przypadku stwierdzenia konieczności uzupełnienia danych lub dokumentów, o których mowa w art. 140 ustawy, Krajowa Rada w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia, wezwie ratownika medycznego do ich uzupełnienia w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania. Natomiast w przypadku uzasadnionych wątpliwości co do dokumentów poświadczających dane, o których mowa w art. 140 ustawy, Krajowa Rada będzie mogła wezwać ratownika medycznego, w terminie 14 dni od dnia otrzymania tych dokumentów, do złożenia wyjaśnień w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12373805/12985167/12985168/dokument627877.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania wysokości świadczenia kompensacyjnego z tytułu szkody związanej z udziałem w badaniu klinicznym | Wydanie rozporządzenia jest realizacją upoważnienia zawartego w art. art. 45 ust. 5 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi, zwanej dalej „ustawą”, zobowiązującego ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia, sposobu ustalania wysokości świadczenia kompensacyjnego z tytułu uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia albo śmierci uczestnika badania klinicznego, kierując się koniecznością przejrzystości w ustalaniu wysokości świadczenia kompensacyjnego oraz zapewnienia ochrony interesów osób uprawnionych do złożenia wniosku o przyznanie świadczenia kompensacyjnego.  W projekcie rozporządzenia przyjęto, że na wysokość świadczenia kompensacyjnego będą miały wpływ następujące elementy:  1) stopień pogorszenia zdrowia (poziom uszkodzenia ciała) powstały w wyniku udziału w badaniu klinicznym;  2) pogorszenie jakości życia polegające na:  a) konieczności zapewnienia opieki osób trzecich,  b) braku możliwości wykonywania pracy i zarobkowania lub brak możliwości nauki;  3) uciążliwość leczenia pozostająca w związku badaniem klinicznym.  Każdemu z ww. elementów projektowane rozporządzenie przypisało wagę, która wyraża maksymalną kwotę, jaką w przypadku zaistnienia danego elementu, należy wypłacić uczestnikowi. Suma tych kwot wynosi 200 tys. zł. Przepisy § 3–5 projektu rozporządzenia określają szczegółowe warunki oceny poszczególnych elementów, co pozwala ustalić wysokość świadczenia w odniesieniu do konkretnego uczestnika.  Śmierć uczestnika będąca następstwem udziału w badaniu klinicznym niesie za sobą skutki dla członków jego rodziny, przy czym są to często także negatywne skutki o charakterze ekonomicznym, stąd też uznano, że osoby najbliższe, które przepisy ustawy wyodrębniają w I grupę podatkową, o której mowa w art. 14 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn (Dz. U. z 2021 r. poz. 1043, z późn. zm.), powinny otrzymywać 100% maksymalnej kwoty, o której mowa w ustawie, natomiast wnioskodawcy należący do II i III grupy podatkowej, o których mowa w art. 14 ust. 3 pkt 2 i 3 tej ustawy, otrzymają odpowiednio 50% (100 tys. zł) i 25% (50 tys. zł) ww. maksymalnej kwoty. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12373653/12983181/12983182/dokument626747.pdf> |
| Uchwała | Projekt uchwały Rady Ministrów zmieniającej uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Rozbudowa wraz z modernizacją Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie i Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Szczecinie w zakresie kliniczno-dydaktycznym i medycznych wdrożeń innowacyjnych” | Zmiana programu wieloletniego pod nazwą „Rozbudowa wraz z modernizacją Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie i Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Szczecinie w zakresie kliniczno-dydaktycznym i medycznych wdrożeń innowacyjnych”, zwanego dalej „Programem”, dotyczy zwiększenia wartości kosztorysowej Programu, zwiększenia finansowania ze środków budżetu państwa oraz środków własnych inwestorów, aktualizacji kwot z poszczególnych źródeł w latach, wydłużenia okresu realizacji o rok, zmiany zakresu rzeczowego, aktualizacji terminów uruchomienia jednostek oraz mierników stopnia realizacji inwestycji.  Konieczność aktualizacji Programu jest przede wszystkim wynikiem przeprowadzonych przez Inwestora postępowań przetargowych, w których otrzymywane oferty – z uwagi na znaczny wzrost cen na rynku budowlanym w ostatnich latach – są znacznie wyższe od szacunków i budżetu zakładanych na etapie planowania inwestycji.  Mając na uwadze powyższe, a także obecny stan zaawansowania zadania oraz konieczność dostosowania Programu do aktualnych potrzeb Inwestorów (Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie i Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Szczecinie), konieczna jest zmiana uchwały Rady Ministrów ustanawiającej Program.  Istotą rozwiązań jest zmiana Programu w zakresie:  1) rozszerzenia okresu realizacji inwestycji z 2019-2025 na 2019-2026;  2) zmiany Wartości Kosztorysowej Inwestycji;  3) zmiany finansowania w poszczególnych latach;  4) zmiany w zakresie rzeczowym programu.  Powyższe zmiany pozwolą na właściwą realizację Programu oraz wpłyną korzystnie na realizację jego celu, jakim jest stworzenie warunków do realizacji nowoczesnego, racjonalnego i skutecznego leczenia, zwiększenie dostępności, jakości i kompleksowości świadczeń zdrowotnych dla pacjentów oraz jednocześnie stworzenie nowoczesnego i kompleksowego zaplecza dla realizacji kształcenia studentów przez budowę nowego obiektu szpitalnego.  Zwiększono Wartość Kosztorysową Inwestycji o kwotę 210 000 295 zł (z 595 963 705 zł).  Zaktualizowano wysokość finansowania ze środków budżetu państwa, przy zwiększeniu łącznej wartości finansowania do wysokości 802 098 tys. zł, tj. o 210 000 tys. zł:  - 2019 – 0 zł,  - 2020 r. – 10 814 tys. zł (bez zmian),  - 2021 r. – 20 135 tys. zł (bez zmian),  - 2022 r. – 10 382 tys. zł (było 114 231 tys. zł – zmniejszenie o 103 849 tys. zł),  - 2023 r. – 126 987 tys. zł (bez zmian),  - 2024 r. – 213 244 tys. zł (było 137 777 tys. zł – zwiększenie o 75 467 tys. zł),  - 2025 r. – 202 680 tys. zł (było 182 154 tys. zł – zwiększenie o 20 526 tys. zł),  - 2026 r. – 217 856 tys. zł (nie było finansowania – zwiększenie o 217 856 tys. zł).  Zaktualizowano wysokość finansowania ze środków własnych Inwestorów w całym okresie realizacji inwestycji, przy zwiększeniu łącznej wartości finansowania o kwotę 295 zł, tj.:  - 2019 r. wydatkowano – 15 tys. zł (bez zmian),  - 2020 r. wydatkowano 12 tys. zł (bez zmian),  - 2021 r. – 182 tys. zł (było 193 tys. zł - zmniejszenie o 11 tys. zł),  - 2022 r. – 643 tys. zł (było 671 tys. zł - zmniejszenie o 28 tys. zł),  - 2023 r. – 429 tys. zł (było 566 tys. zł – zmniejszenie o 137 tys. zł),  - 2024 r. – 717 tys. zł (nie było finansowania – zwiększenie o 717 tys. zł),  - 2025 r. – 900 tys. zł (było 2 409 tys. zł – zmniejszenie o 1 509 tys. zł),  - 2026 r. – 968 tys. zł (nie było finansowania – zwiększenie o 968 tys. zł).  Zaktualizowano środki wydatkowane do końca 2022 r. w ramach poszczególnych źródeł finansowania do rzeczywistych nakładów poniesionych z tytułu zawartych umów.  Ponadto zaktualizowano Program, w zakresie:  - wydłużenia okresu realizacji inwestycji z 2019-2025 na 2019-2026,  - zmiany (zwiększenia) i struktury wartości kosztorysowej inwestycji,  - zmian w zakresie rzeczowym.  Zaktualizowano terminy uruchomienia jednostek i mierniki stopnia realizacji inwestycji. | Planowany termin przyjęcia projektu przez RM:  II kwartał 2023 r. | <https://www.gov.pl/web/premier/projekt-uchwaly-rady-ministrow-zmieniajacej-uchwale-w-sprawie-ustanowienia-programu-wieloletniego-pod-nazwa-rozbudowa-wraz-z-modernizacja-pomorskiego-uniwersytetu-medycznego-w-szczecinie-i-samodzielnego-publicznego-szpitala-klinicznego-nr-1-w-szczecinie-w-zakresie-kliniczno-dydaktycznym-i-medycznych-wdrozen-innowacyjnych> |
| Uchwała | Projekt uchwały Rady Ministrów zmieniającej uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Program wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022–2023” | Zmiany w uchwale nr 190/2021 Rady Ministrów z dnia 31 grudnia 2021 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Program wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022–2023” oraz w załączniku do uchwały, wynikają z wydłużonego czasu oceny wniosków spowodowanego dużym zainteresowaniem podmiotów oraz koniecznością odpowiedniego przygotowywania, aktualizowania i uszczegółowiania dokumentacji konkursowej po stronie wnioskodawców w ramach procedury naboru wniosków (w maju 2023 r. trwa kolejny etap procedury konkursowej, którego celem jest podpisanie umów z wyłonionymi podmiotami leczniczymi, planowany termin podpisywania umów przewidziany jest na drugą połowę 2023 r.), w związku z tym niezbędnym jest zagwarantowanie podmiotom leczniczym odpowiedniego czasu na właściwą realizację zaplanowanych inwestycji.  Zmiany zawarte w projekcie uchwały Rady Ministrów zmieniającej uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Program wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022–2023, mają na celu przeniesienie części z zaplanowanych środków przewidzianych na realizację programu w 2023 roku, na 2024 rok (40 mln zł), a tym samym wydłużenie jego realizacji do końca 2024 r.  W uchwale należy dokonać zmiany tytułu i modyfikacji polegającej na zastąpieniu wyrazów „ 2022-2023” wyrazami „ 2022-2024” oraz zmian w § 3 ust. 3 i 4 określających nakłady z budżetu państwa w poszczególnych latach realizacji programu. Niezbędne jest również dokonanie analogicznych modyfikacji wyrazów w załączniku do uchwały w dziale „Podstawy Programu wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022-2023". Proponuje się odpowiednią modyfikację tytułu programu i Spisu Treści jak również dwóch części: "Wstęp" oraz "Podstawy wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022-2023". Ponadto zmianie ulega również treść części "Źródła finansowania Programu", polegająca na informacji o alokacji części środków z budżetu państwa z 2023 roku, w wysokości 40 ml zł, na 2024 rok (łącznie 80 mln zł).  Zasadniczym celem wprowadzanych zmian jest alokacja środków finansowych na 2024 rok poprzez przesunięcie części środków z budżetu państwa z 2023 roku na 2024 rok. (40 mln zł).  Zmiana ta pozwoli w pełni wykorzystać środki przez wybrane w ramach procedury konkursowej podmioty.  Podmioty wybrane do wsparcia w ramach Programu, na zadania związane z realizacją inwestycji otrzymają finansowanie w 2023 roku (łącznie 40 mln zł) oraz w 2024 roku (40 mln zł).  Projektowana zmiana przyczyni się do wsparcia i umożliwi przeprowadzanie inwestycji w podmiotach leczniczych, udzielających świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień realizowanych w warunkach stacjonarnych, w związku ze szczególnymi potrzebami oraz koniecznością poprawy warunków funkcjonowania m.in. oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży.  Łączny koszt realizacji Programu wyniesie 80 mln zł (40 mln zł w 2023 roku oraz 40 mln zł w 2024 roku). | Planowany termin przyjęcia projektu przez RM:  IV kwartał 2023 r. | <https://www.gov.pl/web/premier/projekt-uchwaly-rady-ministrow-zmieniajacej-uchwale-w-sprawie-ustanowienia-programu-wieloletniego-pod-nazwa-program-wsparcia-oddzialow-psychiatrycznych-dla-dzieci-i-mlodziezy-na-lata-20222024> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2023 r. w sprawie odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego | Z dniem 1 lipca 2023 r. odwołuje się na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stan zagrożenia epidemicznego w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2. | Wejście w życie 16 czerwca 2023 r. | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000111801.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 czerwca 2023 r. w sprawie określenia wzoru karty indywidualnej ratownika medycznego | Dnia 21 grudnia 2022 r. została ogłoszona ustawa z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, zwana dalej „ustawą”, która określa m.in zasady i warunki wykonywania zawodu ratownika medycznego. Ustawa ta wejdzie w życie z dniem 22 czerwca 2023 r. Obecnie warunki wykonywania zawodu ratownika medycznego są uregulowane w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowe Ratownictwo Medyczne (Dz. U. z 2022 r. poz. 1720, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o PRM”.  Na podstawie upoważnienia zawartego w art. 11 ust. 12 ustawy o PRM zostało wydane rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie określenia wzoru karty indywidualnej ratownika medycznego (Dz. U. poz. 576), zwane dalej „rozporządzeniem z 2016 r.”, które określa wzór karty indywidualnej ratownika medycznego. Rozporządzenie to straci moc z dniem 22 czerwca 2023 r., tj. z dniem wejścia w życie ustawy i zachodzi potrzeba wydania nowego rozporządzenia.  Projektowane rozporządzenie określa wzór karty indywidualnej ratownika medycznego.  Projekt rozporządzenia powiela rozwiązania zawarte w rozporządzeniu z 2016 r.  Wprowadzone zmiany dotyczą część II w zakresie „Objawy” została uzupełniona o hipotermię oraz porażenie prądem i piorunem. W części IV „Udzielone świadczenia zdrowotne” uwzględniono dodatkowe czynności, które może wykonywać ratownik medyczny poza systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne. Ponadto niewielkiej zmianie uległa szata graficzna wzoru. | Wejście w życie 22 czerwca 2023 r. | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000110401.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2024 r. | Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia określonego w art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi, zwanej dalej „ustawą”. Zgodnie z tym przepisem minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Instytutu Hematologii i Transfuzjologii, określa corocznie, do dnia 30 czerwca, w drodze rozporządzenia, wysokość opłat za krew i jej składniki wydawane przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi, obowiązujące w następnym roku kalendarzowym. Przy określaniu wysokości opłat uwzględnia się rodzaje kosztów ponoszonych przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi w związku z pobieraniem krwi i jej składników oraz preparatyką, przechowywaniem i wydawaniem, a także średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem w poprzednim roku kalendarzowym, ogłaszany przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego.  Projekt rozporządzenia określa wysokość opłat za krew i jej składniki w 2024 r. Propozycje opłat nie ulegną zmianie, w stosunku do opłat obowiązujących w 2023 r.  Nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12373404/12981339/12981340/dokument625650.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniający rozporządzenie w sprawie odznak „Dawca Przeszczepu” i „Zasłużony Dawca Przeszczepu” | W obecnie obowiązującym rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 października 2018 r. w sprawie odznak „Dawca Przeszczepu” i „Zasłużony Dawca Przeszczepu” (Dz. U. poz. 2034) minister właściwy do spraw zdrowia lub osoba przez niego upoważniona dokonuje uroczystego wręczenia odznaki „Zasłużony Dawca Przeszczepu” wraz z legitymacją podczas uroczystości wręczenia odznak. Zawiadomienie o terminie i miejscu uroczystego wręczenia odznaki „Zasłużony Dawca Przeszczepu” wraz z legitymacją jest wysyłane listem poleconym. Dopiero w przypadku nieodebrania odznaki „Zasłużony Dawca Przeszczepu” wraz z legitymacją, pomimo dwukrotnego bezskutecznego zawiadomienia lub na wniosek dawcy, odznaka wraz z legitymacją może zostać przesłana przesyłką poleconą za pośrednictwem operatora pocztowego.  Projekt rozporządzenia ma na celu dokonanie zmian w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 października 2018 r. w sprawie odznak „Dawca Przeszczepu” i „Zasłużony Dawca Przeszczepu” przez rezygnację z uroczystego wręczenia odznaki „Zasłużony Dawca Przeszczepu” wraz z legitymacją przez ministra właściwego do spraw zdrowia lub osobę przez niego upoważnioną. Proponuje się zastąpienie uroczystości wręczenia odznaki przesłaniem odznaki wraz z legitymacją przesyłką poleconą do dawcy, co usprawni proces przekazywania odznak dawcom. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12373402/12981238/12981239/dokument625611.pdf> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 86/2023/DSOZ  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 7 czerwca 2023 r.  zmieniające zarządzenie w sprawie umów o realizację programu pilotażowego dotyczącego leczenia  ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń  domózgowych lub wewnątrzczaszkowych | Niniejszym zarządzeniem zmieniającym zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie umów o realizację programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą  przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych uchyla się przepisy ust. 3-5 w § 5. Wprowadzone zmiany mają na celu zwiększenie dostępności do świadczeń realizowanych w ramach programu pilotażowego w zakresie leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego poprzez umożliwienie świadczeniodawcom wskazanym w wykazie realizatorów programu pilotażowego (stanowiącym załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych - Dz.U. poz. 1985, z późn. zm.) i spełniającym wymagania formalne, zawarcie umowy na realizację programu pilotażowego w późniejszym terminie.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia  na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 8 czerwca 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1835/Zarzadzenie-86_2023_DSOZ> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 85/2023/DAII  PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  z dnia 1 czerwca 2023 r.  w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w zakresie monitorowania dzieci i młodzieży  z pierwotnymi i wtórnymi niedoborami odporności | Zarządzenie stanowi wykonane przepisów rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2022 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie monitorowania dzieci i młodzieży z pierwotnymi i wtórnymi  niedoborami odporności (Dz. U. poz. 2601 i z 2023 r. poz. 871), zwanego dalej "rozporządzeniem".  Zarządzenie będzie podstawą do realizacji przez Fundusz programu pilotażowego, którego celem będzie ocena efektywności realizacji świadczeń opieki zdrowotnej z wykorzystaniem innowacyjnego urządzenia wielofunkcyjnego do monitorowania dzieci i młodzieży z pierwotnymi i wtórnymi niedoborami odporności, w tym po przebytym zakażeniu wirusem SARS-CoV-2, w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.  Celem strategicznym wdrażanych rozwiązań jest poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz rozwój kompetencji we wdrażaniu innowacji w ochronie zdrowia.  Świadczenia opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego będą udzielane świadczeniobiorcy, który nie ukończył 18. roku życia, z pierwotnym i wtórnym niedoborem odporności, w tym po przebytym zakażeniu wirusem SARS-CoV-2.  Fundusz będzie zawierał umowy z realizatorami pilotażu wyłonionymi w drodze naboru przeprowadzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.  W celu wykonania świadczeń zdrowotnych w ramach pilotażu, realizatorzy zakupią również innowacyjne urządzenie wielofunkcyjne, tj. urządzenie medyczne pozwalające na zdalne monitorowanie stanu zdrowia  pacjenta w zakresie: badania obrazowego ucha, osłuchiwania płuc i serca, badania obrazowego gardła, a także umożliwiające przeprowadzenie badania obrazowego skóry i całego ciała oraz pomiaru temperatury ciała, dla którego szczegółowa specyfikacja została określona w załączniku do rozporządzenia.  W ramach pilotażu zostanie również wykorzystana platforma cyfrowa administrowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia, umożliwiającą przekazywanie przez realizatora programu pilotażowego danych niezbędnych do realizacji i ewaluacji tego programu (platforma DOM | Weście w życie 2 czerwca 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1832/Zarzadzenie-85_2023_DAiI> |
| Obwieszczenie | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2023 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie jednostek organizacyjnych, które prowadzą badania jakościowe produktów leczniczych i produktów leczniczych weterynaryjnych, oraz opłat pobieranych za te badania | ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2016 r. w sprawie jednostek organizacyjnych, które prowadzą badania jakościowe produktów leczniczych i produktów leczniczych weterynaryjnych, oraz opłat pobieranych za te badania (Dz. U.  poz. 1179) |  | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000107401.pdf> |
| Obwieszczenie | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2023 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne | ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 listopada 2018 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (Dz. U. poz. 2154) |  | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000106001.pdf> |
| Obwieszczenie | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2023 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin | ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 listopada 2021 r. w sprawie programu pilotażowego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin  (Dz. U. poz. 2253) |  | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000105701.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 czerwca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR | Celem projektu jest wydłużenie etapu realizacji wykonywanych świadczeń oraz zwiększenie dostępu do leczenia w programie pilotażowym w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR.  Wydłużenie finansowania świadczeń w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR ze środków publicznych w ramach programu pilotażowego, w tym wydłużenie etapu realizacji, poprawi dostępność do tej formy terapii wśród świadczeniobiorców. Zakłada się, że zmiany wpłyną na poprawę stanu zdrowia większej liczby świadczeniobiorców, w tym na ich szybszy powrót do aktywności zawodowej, niższą skalę występowania powikłań, skrócenie czasu hospitalizacji, a przy tym zmniejszenie kosztów ponoszonych przez państwo. | Wejście w życie 3 czerwca 2023 r. | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000105201.pdf> |
| Obwieszczenie | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 4 maja 2023 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zgłaszania podejrzeń i rozpoznań zakażeń, chorób zakaźnych oraz zgonów z ich powodu | ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 2019 r. w sprawie zgłaszania podejrzeń i rozpoznań zakażeń, chorób zakaźnych oraz zgonów z ich powodu (Dz. U. poz. 2430) |  | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000104501.pdf> |
| Obwieszczenie | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2023 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej | ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 marca 2021 r. w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 475) |  | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000104301.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 maja 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala | Zmiana rozporządzenia w zakresie przekazywania informacji dotyczącej liczby badań mikrobiologicznych wynika z konieczności usankcjonowania obecnie realizowanej dobrej praktyki. W obowiązującym stanie prawnym okres raportowania danych liczbowych dotyczących badań mikrobiologicznych u pacjentów, u których są udzielane świadczenia szpitalne obejmuje co najmniej rok kalendarzowy z terminem raportowania do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej do 15 lutego następnego roku. Raport może być sporządzany i składny w krótszych okresach sprawozdawczych np. miesięcznych bądź kwartalnych i przekazywany do państwowego powiatowego inspektora sanitarnego w terminie 30 dni od chwili sporządzenia.  Przekazywanie danych dotyczących liczby wykonywanych badań w szpitalach z podziałem na badania przesiewowe i diagnostyczne ma na celu ocenę wykorzystania przez dany podmiot leczniczy diagnostyki mikrobiologicznej w zakresie zapobiegania rozprzestrzeniania się biologicznych czynników chorobotwórczych oraz wzmocnienie nadzoru nad podmiotem leczniczym przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej. | Wejście w życie 1 czerwca 2023 r. | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000104101.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów warunkujących przynależność podmiotu wykonującego działalność leczniczą do poziomu zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów warunkujących przynależność podmiotu wykonującego działalność leczniczą do poziomu zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej – Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 13 ust. 3 ustawy z dnia 9 maja 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej, zwanej dalej „ustawą”. Ustawa przewiduje określenie szczegółowych kryteriów warunkujących przynależność danego podmiotu wykonującego działalność leczniczą do poziomu zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej, o którym mowa w art. 3 ust. 2 pkt 1 ustawy, tj. Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Onkologicznego, w oparciu o kryteria, o których mowa w art. 13 ust. 1 ustawy. Specjalistycznym Ośrodkiem Leczenia Onkologicznego jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w rodzaju świadczenia stacjonarne i całodobowe szpitalne, o którym mowa w art. 8 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991), realizujący opiekę onkologiczną.  Ustawa zakłada wdrożenie hierarchicznej struktury organizacji opieki onkologicznej w Rzeczypospolitej Polskiej. W wyniku tych zmian zakłada się, że ośrodki udzielające świadczeń związanych z diagnostyką i leczeniem nowotworów zostaną przydzielone do odpowiednich poziomów ze względu na szereg czynników wartościujących określonych w tej ustawie. Do poziomów Krajowej Sieci Onkologicznej zalicza się: Specjalistyczne Ośrodki Leczenia Onkologicznego I poziomu, Specjalistyczne Ośrodki Leczenia Onkologicznego II poziomu i Specjalistyczne Ośrodki Leczenia Onkologicznego III poziomu (SOLO III poziomu, SOLO II poziomu, SOLO I poziomu).  Tylko podmioty lecznicze wchodzące w skład Krajowej Sieci Onkologicznej będą uprawnione do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki onkologicznej finansowanych ze środków publicznych w zakresie onkologii dorosłych. Rekomendowanym rozwiązaniem jest określenie szczegółowych kryteriów kwalifikacji Specjalistycznych Ośrodków Leczenia Onkologicznego do poszczególnych poziomów zabezpieczenia opieki onkologicznej w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej, uwzględniając liczbę i kwalifikacje personelu medycznego, potencjał diagnostyczno-terapeutyczny,  zapewniający odpowiednią jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń gwarantowanych, liczbę świadczeniobiorców, którym są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej lub liczbę i rodzaj wykonywanych procedur medycznych w określonych obszarach. Na podstawie ustalonych kryteriów możliwe będzie zakwalifikowanie podmiotów wykonujących działalność leczniczą do poszczególnych poziomów zabezpieczenia opieki onkologicznej. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12373257/12980674/12980675/dokument625205.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej | W związku z wdrażaniem reformy opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży oraz wprowadzeniem zmian w zakresie warunków udzielania świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień objętych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2022 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 2184), zwanym dalej „rozporządzeniem koszykowym”, w wyniku przeprowadzonych analiz w związku z planowanym ogłoszeniem przez Narodowy Fundusz Zdrowia, postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju „Pomoc doraźna i transport sanitarny” w przedmiocie postępowania: „Świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego”, a także w związku z wycofaniem amalgamatu stomatologicznego, jako materiału stosowanego do wypełnień w leczeniu stomatologicznym, zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z poz. 1912) i zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/852 z dnia 17 maja 2017 r. w sprawie rtęci oraz uchylającym rozporządzenie (WE) nr 1102/2008 (Dz. Urz. UE L 137 z 24.05.2017, str. 1), które wskazuje, że podmioty prowadzące gabinety stomatologiczne, w których stosowany jest amalgamat stomatologiczny lub w których usuwane są wypełnienia z amalgamatu stomatologicznego lub zęby zawierające takie wypełnienia, zapewniają wyposażenie gabinetów w separatory amalgamatu do celów zatrzymywania i zbierania cząstek amalgamatu, w tym również cząstek znajdujących się w zużytej wodzie zaistniała konieczność wprowadzenia zmian w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1372, z późn. zm.), zwanym dalej „rozporządzeniem”.  Projekt rozporządzenia obejmuje zmiany kryteriów wyboru ofert w:  1) załączniku nr 4 do rozporządzenia „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień”,  2) załączniku nr 7 do rozporządzenia „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju leczenie stomatologiczne” oraz  3) załączniku nr 16 do rozporządzenia „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny.”.  W załączniku nr 4 do rozporządzenia zaproponowane modyfikacje dotyczą przede wszystkim przemodelowania kryteriów wyboru ofert w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych dzieciom i młodzieży na I i II poziomie referencyjnym. W konsekwencji doprecyzowania dotychczasowego brzmienia przepisów rozporządzenia koszykowego na I oraz II poziomie referencyjnym zmieniono kryteria o charakterze ilościowym na kryteria o charakterze jakościowym, przy jednoczesnym zachowaniu wymaganego rozporządzeniem koszykowym równoważnika etatów, oraz utworzono dodatkowe kryteria jakościowe premiujące wyższe kwalifikacje zawodowe personelu udzielającego ww. świadczeń.  Dodatkowo zaproponowano wprowadzenie modyfikacji katalogów premiowanego personelu odpowiednio o osobę w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychoterapii uzależnień (nowopowstałej dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, w której może być uzyskiwany tytuł specjalisty).  Projekt rozporządzenia dostosowuje również definicję superwizji psychoterapii, osoby prowadzącej terapię zajęciową i specjalisty psychoterapii uzależnień do zmian wynikających z rozporządzenia koszykowego.  W załączniku nr 7 do rozporządzenia zaproponowano wprowadzenie nowego ocenianego warunku posiadania przez świadczeniodawców separatora amalgamatu w miejscu udzielania świadczeń, dostosowanie punktacji do nowego warunku oraz doprecyzowanie określeniu minimalnego odsetka zatrudnionego personelu o określonych kwalifikacjach w świadczeniach chirurgii stomatologicznej i periodontologii.  W załączniku nr 16 do rozporządzenia w części „2. Przedmiot postępowania: Świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego” zaproponowano rozszerzenie kryterium dotyczącego personelu o ratownika medycznego mającego doświadczenie w pracy w zespole transportu medycznego oraz dodanie w kryterium kompleksowości warunku premiującego oferentów realizujących przez co najmniej 2 lata świadczenia z zakresu zespołu transportu medycznego.  Wejście w życie rozwiązań przewidzianych w projekcie rozporządzenia pozwoli na przeprowadzanie przez płatnika publicznego postępowań w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych dzieciom i młodzieży na I, II i III poziomie referencyjnym, w rodzaju leczenie stomatologiczne oraz w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w zakresie świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego i dokonanie wyboru najkorzystniejszej oferty spośród złożonych w toku postępowania, biorąc pod uwagę ich jakość, kompleksowość, dostępność oraz cenę. Podjęte działania mają na celu także zabezpieczenie ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych w ww. rodzajach i zakresach świadczeń opieki zdrowotnej. | Skierowanie aktu do ogłoszenia | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12368460/12944947/12944948/dokument600829.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Rady Ministrów zmieniającego rozporządzenie w sprawie wysokości maksymalnego wynagrodzenia konsultantów krajowych i wojewódzkich | Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 1 czerwca 2011 r. w sprawie wysokości maksymalnego wynagrodzenia konsultantów krajowych i wojewódzkich (Dz. U. poz. 736) stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2022 r. poz. 2524 i z 2023 r. poz. 605).  Zgodnie z aktualnym brzmieniem rozporządzenia konsultant krajowy w dziedzinie określonej w wykazie specjalności lekarskich i lekarsko-dentystycznych jako podstawowa dziedzina medycyny, w rozumieniu przepisów o specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów, oraz konsultant krajowy w dziedzinie farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa otrzymuje wynagrodzenie roczne w wysokości nie wyższej niż 15.312 zł, natomiast konsultant krajowy w dziedzinie określonej w wykazie specjalności lekarskich jako szczegółowa dziedzina medycyny, w rozumieniu przepisów o specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów, oraz konsultant krajowy w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, otrzymuje wynagrodzenie roczne w wysokości nie wyższej niż 7.656 zł.  W 2011 r. wyżej wymienione roczne maksymalne stawki wynagrodzeń stanowiły odpowiednio dla stawki:  1) 15.312 zł – 4,3-krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat z zysku w drugim kwartale 2011 r.;  2) 7.656 zł – 2,2-krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat z zysku w drugim kwartale 2011 r.  Natomiast konsultanci wojewódzcy otrzymują wynagrodzenie roczne w wysokości nie wyższej niż połowa wynagrodzenia konsultantów krajowych, tj. odpowiednio 7.656 zł oraz 3.828 zł.  Wysokość wynagrodzenia konsultantów na przestrzeni 13 lat obowiązywania rozporządzenia nie była aktualizowana. W tym czasie w związku z inflacją znacząco uległa zmniejszeniu wartość wypłacanego wynagrodzenia. Ponadto zwiększeniu uległa ilość realizowanych przez konsultantów zadań w szczególności związanych z prowadzonym nadzorem nad stroną merytoryczną doskonalenia zawodowego i szkolenia specjalizacyjnego lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne mające zastosowanie w ochronie zdrowia w szczególności w związku ze zwiększoną liczbą osób biorących udział w tych formach kształcenia.  Dodatkowymi obowiązkami zostali obciążeni konsultanci wojewódzcy, którzy weryfikują na wniosek wojewody odbycie szkolenia specjalizacyjnego.  Ponadto w aktualnym brzmieniu rozporządzeniu określone są 2 progi wynagrodzeń dla konsultantów, co nie odpowiada zróżnicowaniu obowiązków realizowanych przez konsultantów w poszczególnych dziedzinach.  Jako punkt wyjścia dla określenia nowej wysokości maksymalnego wynagrodzenia rocznego dla konsultantów krajowych i wojewódzkich przyjęto zaokrągloną wielokrotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w trzecim kwartale 2022 roku, ogłoszonego w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 20 października 2022 r.  Proponuje się wprowadzenie 3 progów wynagrodzeń:  1) pierwszy próg z najwyższym wynagrodzeniem dla konsultantów krajowych w dziedzinach medycyny priorytetowych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz. U. poz. 2814);  2) drugi próg dla konsultantów krajowych w pozostałych dziedzinach lekarskich i lekarsko dentystycznych;  3) trzeci próg dla konsulatów krajowych w dziedzinach farmacji, w innych dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, oraz w dziedzinach pielęgniarstwa i położnictwa.  Najwyższe wynagrodzenie przyznane zostało konsultantom w dziedzinach priorytetowych w związku z największą ilością obowiązków wynikających z pełnionej funkcji oraz podkreślenia przez Ministra Zdrowia wagi tych dziedzin dla prawidłowego funkcjonowania systemu zdrowia.  Zróżnicowanie wynagrodzenia dla konsultantów krajowych w dziedzinach lekarskich i lekarsko-dentystycznych względem pozostałych dziedzin wynika w szczególności z dodatkowych obowiązków związanych ze sprawozdawczością zapotrzebowania na zasoby kadrowe, które składane są przez tych konsultantów dwa razy do roku na 45 dni przed postępowaniem specjalizacyjnym.  Zgodnie z powyższą propozycją, wynagrodzenie roczne dla konsultanta krajowego w dziedzinie priorytetowej, określonej w rozporządzeniu w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny zostało ustalone w oparciu o 3,5-krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw zaokrąglone do pełnych tys. zł w dół tj. w wysokości nie wyższej niż 23.000 zł.  Konsultanci krajowi w pozostałych dziedzinach specjalności lekarskich i lekarsko dentystycznych, w rozumieniu przepisów o specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów będą otrzymywać wynagrodzenie roczne ustalone w oparciu o 3-krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw zaokrąglone do pełnych tys. zł w dół tj. w wysokości nie wyższej niż 20.000 zł.  Konsultanci krajowi w dziedzinach farmacji, w innych dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia oraz  w dziedzinach pielęgniarstwa i położnictwa będą otrzymywać wynagrodzenie roczne ustalone w oparciu o 2,5-krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw zaokrąglone do pełnych tys. zł w górę tj. w wysokości nie wyższej niż 17.000 zł.  Zaokrąglenie wartości do pełnych tysięcy wyliczonych jako wielokrotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia GUS zostało zastosowane dla ułatwienia komunikacji z konsultantami oraz kandydatami na konsultantów, a także prezentowania danych finansowych. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//3/12373158/12980020/12980021/dokument624763.pdf> |
| Uchwała | Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Utworzenie interdyscyplinarnego centrum leczenia i diagnostyki Instytutu Matki i Dziecka” | Program inwestycyjny w szczególności adresuje problem ograniczonej dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie m.in. neonatologii, położniczo-ginekologicznych, chirurgii dziecięcej, onkologii i hematologii.  Z uwagi na podwyższenie wieku kobiet rodzących dziecko, nastąpiło zwiększenie zagrożenia wynikającego z ciąży wysokiego ryzyka tj. ryzyko wystąpienia chorób genetycznych u płodu oraz ryzyko wystąpienia przedwczesnego porodu. Instytut Matki i Dziecka, zwany dalej „IMiD” albo „Instytutem”, specjalizuje się w bardzo skomplikowanych i wymagających wykwalifikowanego personelu operacjach u skrajnych wcześniaków i noworodków z wadami wrodzonymi. Zabiegi u noworodków i niemowląt zostały wykonane u 52% dzieci w 2020 r. z terenu województwa mazowieckiego. Ponadto rozwój opieki ambulatoryjnej przez ostatnie lata w istotny sposób przełożył się na liczbę porodów w Klinice Położnictwa i Ginekologii. Wzrost liczby wizyt świadczy o zwiększeniu się zapotrzebowania na wysokospecjalistyczne usługi świadczone przez kadrę medyczną Instytutu. Z uwagi na powyższe w ramach inwestycji planowane jest zwiększenie liczby gabinetów poradni położniczo-ginekologicznych.  Zgodnie z danymi przedstawionymi w Mapach potrzeb zdrowotnych na lata 2022 – 2026 w przeciągu ostatnich 20 lat liczba zgonów z powodu nowotworów wzrosła. Szacuje się, że w Polsce do 2028 r. liczba chorych na nowotwory wzrośnie o 4,2%. To samo dotyczy nowych przypadków, których będzie więcej o 3,8% w porównaniu z 2019 r. IMiD jest ośrodkiem wysokospecjalistycznym, zwłaszcza w zakresie leczenia dzieci z guzami litymi i histiocytozami. Program inwestycyjny ma na celu poprawę dostępności do szybszej diagnostyki, poprawę warunków, dostępności miejsc na Oddziale hospitalizacji jednodniowych. Inwestycja wpłynie na poprawę jakości życia pacjentów z chorobą nowotworową. Rozbudowa Instytutu pozwoli zorganizować lepszy system pomocy i wsparcia psychologicznego dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich bliskich.  IMiD jest ośrodkiem referencyjnym w leczeniu oszczędzającym, mniej okaleczającym, umożliwiającym uratowanie kończyny choremu dziecku. IMiD jako jeden z niewielu ośrodków na świecie rozpoczął wszczepianie endoprotez wydłużanych w wyniku działania pola elektromagnetycznego. Zgodnie z Mapą potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026 niezbędna jest poprawa dostępności do leczenia ortopedycznego poprzez racjonalizację wykorzystania łóżek szpitalnych i zwiększenie ich liczby w celu skrócenia czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie endoprotezoplastyki.  Rekomendowane rozwiązanie to ustanowienie programu inwestycyjnego, który zapewni zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie m.in. neonatologii, położniczo-ginekologicznych, chirurgii dziecięcej, onkologii i hematologii. Działania te przyczynią się przede wszystkim do zwiększenia dostępności, poprawy jakości oraz bezpieczeństwa udzielanych świadczeń, a także do realizacji założonych prze Instytut celów strategicznych, które zakładają stały rozwój realizowanych świadczeń. Instytut umocni swoją pozycję ośrodka modelowego pod względem postępowania diagnostyczno-terapeutycznego z wykorzystaniem najnowocześniejszych rodzajów terapii (w tym terapii spersonalizowanych z wykorzystaniem technologii genetycznych).  Program inwestycyjny został podzielony na trzy zadania tj.:  1) budowa nowego budynku D;  2) przebudowa istniejącego budynku B;  3) przebudowa części powierzchni Poradni Specjalistycznych w budynku A.  Program inwestycyjny jest odpowiedzią na obecne ograniczenia architektoniczne, które wpływają m.in. na ergonomię pracy. Kompleksowa przebudowa będzie uwzględniała m.in. zwiększenie liczby sal, a tym samym zmniejszenie liczby sal wieloosobowych co pozwoli na uzyskanie większego komfortu pacjenta, a także pozwoli na dostosowanie miejsca dla rodziców przy pacjencie. Zwiększona liczba izolatek wpłynie na poprawę komfortu pacjentów wymagających specjalistycznego leczenia w warunkach izolowanych. Zastosowanie monitoringu na odcinkach dzieci młodszych oraz w salach cięższych przypadków sprawi, że przebywający w Instytucie pacjenci będą pod stałą obserwacją. Poprawi to bezpieczeństwo pacjentów na oddziale i przełoży się na poprawę oczekiwanej przez pacjentów i ich rodzin satysfakcji z jakości leczenia. W celu poprawy komfortu pobytu i stanu psychicznego pacjentów korytarze, sale chorych, sale zabiegowe, sale do chemioterapii zostaną zaaranżowane w przyjazny sposób.  Program inwestycyjny ma na celu poprawę warunków świadczenia usług medycznych w Instytucie, co będzie miało pozytywny wpływ na oczekiwanie na udzielenie świadczenia. W wyniku realizacji przedsięwzięcia mali pacjenci zostaną objęci usługą medyczną jeszcze lepszej jakości, niż ma to miejsce obecnie. Nowe i rozbudowane instalacje sanitarne, elektryczne, teletechniczne i instalacje gazów medycznych, a także zakupiony nowoczesny sprzęt i wyposażenie umożliwią personelowi medycznemu szybkie udzielenie pomocy w przypadku zagrożenia stanu pacjenta. Należy zatem oczekiwać, że skróci się czas pobytu w szpitalu w wyniku udzielenia lepszej jakości świadczenia medycznego w sytuacjach nieprzewidzianych. Tym samym ulegnie skróceniu oczekiwanie na udzielenie świadczenia medycznego.  Powiększenie infrastruktury IMiD przyczyni się do skrócenia kolejki oczekujących na udzielanie specjalistycznych świadczeń medycznych. Większy dostęp do informacji telefonicznej, przy wykorzystaniu sztucznej inteligencji pozwoli na większy przepływ rejestracji i uzupełnianie terminarzy przyjęć, co bezpośrednio przełoży się na obłożenie i wykorzystanie łóżek oraz dostępność do specjalistów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Inwestycja umożliwi realizację części wizyt jako e-wizyty, co zwiększy przepustowość i zmniejszy czas oczekiwania na realizację porady. Ponadto zastosowanie bardziej efektywnej technologii medycznej poprzez integrację urządzeń – m.in. kardiotokografia (KTG), ultrasonografia (USG), elektrokardiografia (EKG), audiometr i elektroencefalografia (EEG) – do systemu medycznego, pozwoli na poprawienie dostępności do wyników badań oraz zoptymalizuje czas pracy personelu oraz przyspieszy czas oczekiwania na wyniki. Integracja systemu wpłynie na skrócenie czasu oczekiwania na wynik badania przez lekarza i pacjenta, szybszą diagnostykę, a tym samym szybsze podjęcie leczenia.  Program inwestycyjny pozwoli również na obniżenie ryzyka wystąpienia zakażeń, a tym samym zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów i pracowników oraz poprawę ich komfortu m.in. przez: zwiększoną liczbę izolatek i sanitariatów, utworzenie sterylizatorni, wydzielenie sal 1-2 osobowych, wykonanie odpowiedniej wentylacji, zastosowanie specjalistycznych farb, wykładzin, podwieszanych sufitów (sprawne i efektywne dezynfekowanie sal), wdrożenie systemu segregacji i separacji pacjentów poprzez podział Izby Przyjęć na część epidemiczną i planowane przyjęcia. Możliwe będzie przyjęcie większej liczby pacjentów poprzez zwiększenie liczby łóżek m.in. w Klinice Hospitalizacji Jednego Dnia, Klinice Położnictwa i Ginekologii, Klinice Neonatologii i Intensywnej Terapii. W ramach pobytu jednodniowego będzie możliwa szybka diagnostyka pacjentów z podejrzeniem choroby nowotworowej bez konieczności pobytu w Klinice Onkologii: pacjent z poradni zostaje skierowany do Oddziału Jednego Dnia, gdzie ma wykonywane niezbędne badania diagnostyczne, a następnie po ustaleniu rozpoznania kierowany jest do Kliniki Onkologii bądź ma wykonywany drobny zabieg w ramach jednodniowego pobytu lub zostaje skierowany do AOS celem dalszej obserwacji lub leczenia.  Dzięki realizacji Programu inwestycyjnego zostanie utworzone interdyscyplinarne centrum leczenia i diagnostyki dostosowane do obowiązujących wymogów i standardów. Stworzenie nowoczesnych warunków lokalowych umożliwi prowadzenie programów kompleksowej i koordynowanej opieki nad pacjentami przewlekle chorymi sprawowanej przez zespół wielodyscyplinarny, a także stosowanie najnowocześniejszych terapii, w tym terapii spersonalizowanych z wykorzystaniem technologii genetycznych. Inwestycja pozwoli precyzyjniej diagnozować, skrócić czas leczenia pacjentów oraz spersonalizować terapię, dzięki wyposażeniu w nowoczesny sprzęt i zastosowaniu nowoczesnych technologii, co znacząco wpłynie na poprawę efektów zdrowotnych populacji. Należy podkreślić, iż Instytut leczy pacjentów z całego kraju, nie tylko pacjentów z województwa mazowieckiego. Realizacja Programu inwestycyjnego przyczyni się do znacznej poprawy efektów zdrowotnych uzyskiwanych w populacji pacjentów.  Program inwestycyjny będzie realizować Instytut Matki i Dziecka w Warszawie jako Inwestor.  Mierzalne efekty realizacji Programu inwestycyjnego:  1) liczba łóżek: zwiększenie z 161 do 173 (o 12 szt.);  2) powierzchnia całkowita: zwiększenie z 9 132 m² do 19 704 m².  Planowane nakłady w łącznej wysokości 299 800 000 zł na realizację działań przewidzianych w ramach Programu inwestycyjnego do wydatkowania w latach 2023-2027 wynoszą:  1) środki z Funduszu Medycznego – łącznie 281 182 420, w tym:  a) w 2023 r. – 2 600 000 zł,  b) w 2024 r. – 21 051 000 zł,  c) w 2025 r. – 61 098 860 zł,  d) w 2026 r. – 85 138 126 zł,  e) w 2027 r. – 111 294 434 zł.  2) środki własne łącznie18 617 580 zł, w tym  a) w 2024 r. – 15 700 000 zł,  b) w 2025 r. – 500 000 zł,  c) w 2026 r. – 880 680 zł,  d) w 2027 r. – 1 500 000 zł.  Rozkład kwot pomiędzy latami jest uzależniony od wielu trudnych lub wręcz niemożliwych do przewidzenia czynników (m.in. długość postępowań przetargowych, dostępność materiałów budowlanych) i może ulec zmianie, przy czym na obecnym etapie nie zakłada się zwiększenia łącznej kwoty finansowania z Funduszu Medycznego. | Planowany termin przyjęcia projektu przez RM:  II kwartał 2023 r. | <https://www.gov.pl/web/premier/projekt-uchwaly-rady-ministrow-w-sprawie-ustanowienia-programu-wieloletniego-pod-nazwa-utworzenie-interdyscyplinarnego-centrum-leczenia-i-diagnostyki-instytutu-matki-i-dziecka> |
| Uchwała | Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia programu inwestycyjnego pod nazwą „Utworzenie kompleksu Intensywnej Terapii w Instytucie „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi” | Według raportu Głównego Urzędu Statystycznego „Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2021 r.” w Rzeczypospolitej Polskiej ma miejsce naturalny ubytek ludności wynikający z niskiej liczby urodzeń przy jednoczesnym zwiększeniu się liczby zgonów. Województwo łódzkie należy do najszybciej starzejących się regionów w kraju, a prognozy demograficzne pokazują, że proces starzenia się społeczeństwa będzie się pogłębiał. Powyższa sytuacja determinuje konieczność koncentracji na zdrowiu noworodków, dzieci i młodzieży.  Podstawowymi przyczynami zgonów dzieci i młodzieży są urazy i zatrucia – dotyczy to szczególnie wieku 5–19 lat, gdzie zewnętrzne przyczyny stanowią ponad połowę wszystkich zgonów. Kolejną grupą przyczyn są nowotwory złośliwe, następnie choroby układu oddechowego oraz choroby układu nerwowego i narządów zmysłu. Ponadto zgodnie z danymi Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych, wady wrodzone występują u 24% noworodków będąc zasadniczą przyczyną zgonów niemowląt. Są one zarazem najczęstszą przyczyną niepełnosprawności fizycznej u dzieci i nierzadko współistnieją z niepełnosprawnością intelektualną.  Kolejnym zaobserwowanym problemem jest duże zapotrzebowanie w zakresie okulistyki oraz otolaryngologii. Obecnie liczba młodych pacjentów oczekujących na przyjęcie do Kliniki Okulistyki Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki”, zwanego dalej „ICZMP”, wynosi ponad 200 osób, natomiast do Kliniki Otolaryngologicznej ICZMP ponad 1 400 osób.  Powyższa inwestycja wpisuje się w Strategię Rozwoju Województwa Łódzkiego 2030 i pozostaje w zgodzie z kierunkiem działania 2.2.2. Poprawa dostępności i jakości usług ochrony zdrowia, m.in. poprzez rozwój infrastruktury ochrony zdrowia, w tym infrastruktury oddziałów obserwacyjno-zakaźnych w szpitalach oraz infrastruktury kryzysowej gotowej do uruchomienia np. w sytuacji pandemii. Zaplanowane w ramach inwestycji działania, tj. budowa oraz przebudowa powierzchni medycznej, zakup nowoczesnego sprzętu i aparatury medycznej przyczyni się do realizacji wskazanego założenia ww. Strategii.  „ICZMP” jest jednym z największych wysokospecjalistycznych ośrodków medycznych w Rzeczypospolitej Polskiej. Obecnie ICZMP jako jedyny świadczeniodawca w województwie łódzkim udziela świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego w zakresie kardiochirurgii dziecięcej, neurochirurgii dziecięcej, kardiologii dziecięcej, okulistyki dziecięcej, neurologii dziecięcej, urologii dziecięcej endokrynologii dziecięcej, immunologii klinicznej dziecięcej oraz rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, a jako jeden z nielicznych z zakresu chirurgii dziecięcej, anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci, ortopedii i traumatologii narządu ruchu dzieci, nefrologii dziecięcej, otolaryngologii dziecięcej, gastroenterologii dziecięcej, alergologii dziecięcej oraz neonatologii na III poziom referencyjnym. ICZMP jako jedyny świadczeniodawca w województwie łódzkim dysponuje każdym z wymienionych zakresów.  Planowana inwestycja to ważne przedsięwzięcie dla województwa łódzkiego. Jej podstawowym celem jest zmniejszenie umieralności dzieci z wrodzonymi wadami rozwojowymi, po urazach zwłaszcza wielonarządowych, czyli obniżenie śmiertelności z powodu przyczyn odwracalnych przez poprawę infrastruktury budowlanej oraz aparaturowej, zakup sprzętu opartego na nowoczesnej technologii oraz stworzenie środowiska przyjaznego dla dziecka i rodziców i opiekunów oraz możliwości szkolenia kadr medycznych. Kompleksowa opieka nad pacjentem – noworodkiem, oraz dzieckiem z wadą, a wcześniej nad ciężarną, przez zapewnienie ciągłego i szerokiego dostępu do wysokiej jakości usług w zakresie zdrowia oraz wielospecjalistycznego leczenia w jednym ośrodku, jakim jest ICZMP, dając przy tym poczucie bezpieczeństwa dla najmłodszych pacjentów i ich opiekunów, z pewnością będzie miała wpływ na poprawę stanu zdrowia przyszłego - młodego pokolenia, a dzięki temu wpłynie dodatnio na stan zdrowia przyszłej populacji Rzeczypospolitej Polskiej i być może pośrednio wpłynie również na zwiększenie liczby urodzeń.  Celem ustanowionego programu inwestycyjnego pod nazwą „Utworzenie kompleksu Intensywnej Terapii w Instytucie „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi”, zwanego dalej „Programem inwestycyjnym”, jest poprawa jakości, dostępności, a także skuteczności diagnostyki i leczenia pacjentów pediatrycznych, szczególnie noworodków z wadą wrodzoną i dzieci po urazie, przez budowę i wyposażenie nowego kompleksu Bloku Operacyjnego Pediatrycznego wraz z Centralną Sterylizatornią, utworzenie pierwszego ogólnokrajowego Ośrodka ECMO wraz z Kompleksem Intensywnej Terapii, modernizację pracowni Diagnostyki Obrazowej, Stacji Dializ oraz Klinik Otolaryngologii i Okulistyki.  Program inwestycyjny pozwoli między innymi na zwiększenie liczby operowanych i leczonych w Instytucie dzieci oraz liczby pacjentów przyjmowanych w trybie pilnym, a także skrócenie czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala.  Program inwestycyjny został podzielony na dwa zadania:  1) budowa i doposażenie nowego kompleksu Bloku Operacyjnego Pediatrycznego wraz z Centralną Sterylizatornią;  2) przebudowa uwolnionej powierzchni (po obecnym Bloku Operacyjnym Pediatrycznym) na potrzeby utworzenia pierwszego ogólnokrajowego Ośrodka ECMO wraz z Kompleksem Intensywnej Terapii oraz modernizacja pracowni Diagnostyki Obrazowej, Stacji Dializ oraz Klinik Otolaryngologii i Okulistyki, wraz z częścią powierzchni obsługi pacjenta.  Realizacja Programu inwestycyjnego pozwoli na zakup nowoczesnego sprzętu oraz aparatury medycznej i zwiększy szanse na postawienie szybkiej, właściwej diagnozy, przyspieszy proces wdrożenia leczenia u pacjenta oraz wpłynie na skrócenie czasu hospitalizacji. Wyposażenie kompleksu w nowoczesną aparaturę i sprzęt w połączeniu z wyszkoloną kadrą medyczną umożliwi w pełni kompleksowe leczenie pacjentów, zmniejszając tym samym ilość koniecznych przeniesień pacjentów do innych podmiotów oraz umożliwi w pełni ciągły proces leczniczy w jednym podmiocie co wpłynie pozytywnie na komfort pacjentów i ograniczy niepotrzebny stres. Zwiększy się liczba oraz funkcjonalności pomieszczeń wyposażonych w nowoczesną aparaturę i sprzęt co z kolei przyczyni się do zwiększenia liczby operowanych i leczonych w Instytucie dzieci, zwiększenia liczby pacjentów przyjmowanych w trybie pilnym oraz skrócenia czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala. Dostęp do nowoczesnych technologii wpłynie na zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów oraz zmniejszy koszty eksploatacji.  Budowa Centralnej Sterylizatorni ze specjalnym systemem znakowania i kontroli narzędzi zmniejszy ryzyko wystąpienia zakażeń szpitalnych i związanych z tym problemów. Układ pomieszczeń na Bloku Operacyjnym Pediatrycznym pozwoli zapewnić wzmożony reżim sanitarny i zachowanie strefy septycznej i aseptycznej oraz jednokierunkowy ruch pacjentów i materiału sterylnego. W efekcie po zakończeniu inwestycji, powstanie jedna z najnowocześniejszych i najbardziej wydajnych, wysokospecjalistycznych powierzchni ratującej życie pacjentów pediatrycznych w kraju.  Program inwestycyjny będzie realizować ICZMP jako Inwestor.  Mierzalne efekty realizacji Programu inwestycyjnego:  1) wzrost liczby łóżek na Oddziale Intensywnej Terapii z 19 do 26 stanowisk;  2) wzrost liczby łóżek na Pododdziale Dializoterapii z 6 do 8 stanowisk;  3) wzrost liczby łóżek w Klinice Okulistyki z 10 do 12 stanowisk;  4) zwiększenie powierzchni Bloku Operacyjnego Pediatrycznego z 1 900 m2 na 3 000 m2;  5) zwiększenie powierzchni Oddziału Intensywnej Terapii z 430 m2 na 2 000 m2;  6) zwiększenie powierzchni Pododdziału Dializoterapii z 400 m2 na 430 m2;  7) utworzenie 5-stanowiskowego Centrum ECMO dla dzieci z ciężką niewydolnością oddechową.  Planowany okres realizacji inwestycji został ustalony na lata 2023–2027.  Planowane nakłady w łącznej wysokości 265 007 500 zł na realizację działań przewidzianych w ramach Programu inwestycyjnego wynoszą:  1) środki z Funduszu Medycznego – łącznie 263 878 280 zł, w tym:  a) w 2023 r. – 2 988 288 zł;  b) w 2024 r. – 105 960 173 zł;  c) w 2025 r. – 74 249 067 zł;  d) w 2026 r. – 55 545 605 zł;  e) w 2027 r. – 25 135 147 zł  2) środki własne – łącznie 1 129 220 zł, w tym:  a) w 2022 r. – 95 000 zł,  b) w 2023 r. – 11 712 zł,  c) w 2024 r. – 415 292 zł,  d) w 2025 r. – 291 004 zł,  e) w 2026 r. – 217 700 zł,  f) w 2027 r. – 98 512 zł.  Rozkład kwot pomiędzy latami jest uzależniony od wielu trudnych lub wręcz niemożliwych do przewidzenia czynników (m. in. długość postępowań przetargowych, dostępność materiałów budowlanych) i może ulec zmianie, przy czym na obecnym etapie nie zakłada się zwiększenia łącznej kwoty finansowania z Funduszu Medycznego. | Planowany termin przyjęcia projektu przez RM:  II kwartał 2023 r. | <https://www.gov.pl/web/premier/projekt-uchwaly-rady-ministrow-w-sprawie-ustanowienia-programu-inwestycyjnego-pod-nazwa-utworzenie-kompleksu-intensywnej-terapii-w-instytucie-centrum-zdrowia-matki-polki-w-lodzi2> |
| Uchwała | Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Modernizacja oraz doposażenie infrastruktury strategicznej w Instytucie „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”” | Obecnie występuje ograniczona dostępność do świadczeń zdrowotnych dla dzieci w zakresie m.in. psychiatrii dziecięcej, onkologii, diabetologii, w tym leczenia otyłości i cukrzycy u dzieci, rehabilitacji, chorób głowy i szyi.  Zgodnie z Mapą Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) w przypadku leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży w 2019 r. wystąpił ograniczony dostęp do każdego z rodzajów form opieki. Leczenie zaburzeń psychicznych u dzieci wymaga specjalistycznego podejścia, a brak postawienia szybkiej diagnozy oraz otrzymania opieki medycznej i psychoterapeutycznej może przedłużyć czas trwania choroby i uniemożliwić powrót do zdrowia. W ostatnich latach dostępność do świadczeń zdrowotnych była na tyle ograniczona, że część pacjentów małoletnich nie miała możliwości hospitalizacji na oddziałach dla dzieci. Ponadto ok. 67% pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych w wieku 6-11 lat nie było hospitalizowanych w ośrodku dostosowanym do ich potrzeb.  Zachorowalność na cukrzycę w populacji pediatrycznej utrzymuje się na wysokim poziomie, a nawet rośnie. Zgodnie z MPZ, prognozy dla problemu zdrowotnego jakim jest cukrzyca są alarmujące. W najbliższych latach nastąpi wzrost wskaźnika chorobowości oraz zapadalności. Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”, dalej jako „IPCZD”, obecnie dysponuje 10 łóżkami dla pacjentów z tym problemem zdrowotnym, a obłożenie łóżek w okresie sprzed pandemii COVID-19 wynosiło ponad 90% (2019 r.).  IPCZD programem inwestycyjnym, który stanowi załącznik do uchwały Rady Ministrów, zwraca uwagę również na problem zachorowalności dzieci na nowotwory. Oddział, poradnia oraz oddział dzienny prowadzą wysokospecjalistyczną diagnostykę i leczenie nowotworów wieku dojrzewania. IPCZD specjalizuje się w leczeniu guzów litych prowadząc ponad 1/3 pacjentów leczonych w tym zakresie w Rzeczpospolitej Polskiej (w wieku do 18. roku życia). IPCZD prowadzi również chemioterapię zarówno w trybie dziennym, jak i stacjonarnym oraz realizuje programy lekowe. Według prognoz zawartych w MPZ, do 2028 r. wartości wskaźników chorobowości, zapadalności oraz liczby zgonów dla nowotworów odnotują znaczące wzrosty, przy czym wzrost chorobowości będzie najbardziej znaczącym wzrostem w województwie mazowieckim na poziomie grup chorób.  Oddział Onkologii IPCZD w 2020 r. zrealizował 1 826 hospitalizacji w związku z powyższym wartość ta stanowi 62% wszystkich hospitalizacji udzielanych w woj. mazowieckim oraz 12% w skali kraju.  Istotną przeszkodą w zwiększeniu efektywności udzielania świadczeń w IPCZD jest przestarzała infrastruktura szpitala. Pełne wdrożenie i finansowanie programu pozwoli na redukcję ograniczeń architektonicznych oraz wymianę wyeksploatowanego i nienowoczesnego wyposażenia tym samym powodując zwiększony dostęp do świadczeń pediatrycznych w skali kraju.  Brak nakładów inwestycyjnych na rzecz pediatrii w dłuższej perspektywie może przekładać się – w kontekście starzenia się społeczeństwa i przy obecnym zróżnicowaniu wieku emerytalnego – na zwiększenie obciążenia systemu opieki zdrowotnej oraz zmniejszenia wpływu z tytułu składek w przyszłości wobec zastępowalności pokoleń.  Rekomendowane rozwiązania to zwiększenie i poprawa jakości oraz dostępności wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych, a także efektywności prowadzonych terapii w zakresie psychiatrii dziecięcej, onkologii, diabetologii, w tym leczeniu otyłości i cukrzycy u dzieci, rehabilitacji, chorób głowy i szyi.  Planowane narzędzia interwencji to ustanowienie i realizacja programu inwestycyjnego pod nazwą: „Modernizacja oraz doposażenie infrastruktury strategicznej w Instytucie „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka””, dalej jako „Program inwestycyjny”, polegający na modernizacji i doposażeniu strategicznej infrastruktury ponadregionalnego szpitala pediatrycznego (oddziały stacjonarne, dzienne, poradnie specjalistyczne oraz pracownie laboratoryjne i apteka szpitalna) Instytutu.  Program inwestycyjny został podzielony na dwa zadania tj.:  1) Modernizacja oraz doposażenie infrastruktury strategicznej IPCZD w 10 budynkach podmiotu;  2) Centrum Psychiatrii i Onkologii w IPCZD.  Oba zadania mają na celu dostosowanie układu przestrzennego pomieszczeń tak, aby w jak najbardziej efektywny sposób wykorzystać dostępną infrastrukturę. Wieloosobowe sale chorych zostaną zastąpione dwuosobowymi, które będą połączone bezpośrednim dostępem do węzła sanitarnego. Nieremontowane gabinety lekarskie, zabiegowe, korytarze, poczekalnie dla pacjentów i ich rodzin, sanitariaty, pokoje dla matek karmiących, sale ćwiczeń, badań zostaną odnowione i doposażone, a nowopowstałe pomieszczenia będą stanowiły przyjemne środowisko dla pacjentów i ich opiekunów. Ponadto inwestycja to gwarancja zapewnienia w jednej lokalizacji kompleksowej diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pacjentów bez konieczności korzystania z usług podmiotów zewnętrznych.  Program Inwestycyjny jest odpowiedzią na obecne ograniczenia architektoniczne szpitala, które wpływają m.in. na ergonomię pracy. Kompleksowa przebudowa będzie uwzględniała m.in. dostęp do łóżek szpitalnych z trzech stron, a także zostanie zaprojektowana przestrzeń do odpoczynku dla personelu. W wyniku realizacji inwestycji zostanie zapewniona dostępność architektoniczna dla osób ze szczególnymi potrzebami zgodnie z ustawą z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. 2022 poz. 2240), m.in. poprzez dostosowaną pod tym kątem strefę wejścia do budynków i wszystkich pomieszczeń IPCZD z wyjątkiem pomieszczeń technicznych. Modernizacja pomieszczeń będzie uwzględniała zastosowanie rozwiązań proekologicznych, np. zastosowanie energooszczędnych źródeł energii, systemu automatycznego dozowania wody.  W ramach inwestycji zaplanowano modernizację pomieszczeń poradni specjalistycznych przyjmujących dzieci do 18 roku życia Poprawa stanu technicznego pomieszczeń usprawni proces rejestracji pacjenta, przyjęcia do poradni, wykonania niezbędnych procedur diagnostycznych i konsultacji lekarskich. Oczekiwanym efektem modernizacji pomieszczeń będzie skrócenie czasu oczekiwania na poradę w  ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) i udzielenie większej liczby świadczeń na rzecz pacjentów pierwszorazowych w stosunku do stanu obecnego.  Wykonanie robót budowlanych polegających na adaptacji pomieszczeń umożliwi instalację i optymalne wykorzystanie nowego sprzętu medycznego do rehabilitacji pacjentów. W przypadku gabinetów do rehabilitacji, ciasne gabinety ćwiczeń zostaną zastąpione nowymi gabinetami terapeutycznymi, które zostaną zaprojektowane w taki sposób, aby umożliwić jednoczesne udzielanie świadczeń większej grupie pacjentów, co bezpośrednio przełoży się na skrócenie czasu oczekiwania w warunkach ambulatoryjnych na ten rodzaj świadczeń.  Równocześnie inwestycja obejmuje zakup i uruchomienie pełnej infrastruktury pozwalającej na pełną standaryzację badań patomorfologicznych, ze szczególnym uwzględnieniem badań immunohistochemicznych. Praktyka kliniczna obejmująca technikę diagnozowania guzów w oparciu o kompleksowe badania molekularne i histopatologiczne umożliwi lepsze dostosowanie terapii do rodzaju występującego nowotworu oraz może służyć do oceny efektywności zastosowanego leczenia w stosunku do określonego rozpoznania patomorfologicznego. Nowoczesne technologie, pozwalające na redukowanie liczby błędów medycznych, to m.in. wprowadzenie automatycznego dozowania leków na pacjenta tzw. system unitdose. Dzięki inwestycji IPCZD będzie dysponował elektronicznym systemem dystrybucji leków, który w połączeniu z elektroniczną kartą zleceń pozwala nie tylko na wzrost bezpieczeństwa prowadzonej farmakoterapii, ale również zmniejsza koszty leczenia zwłaszcza w przypadku szpitala pediatrycznego i dystrybucji leków i dawek dostosowanych do wieku i masy ciała leczonych pacjentów. Ponadto integracja systemu z systemem szpitalnym HIS (ang. Hospital Information System) pozwoli na prowadzenie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej.  Realizacja inwestycji pozwoli na zwiększenia bazy łóżek (miejsc) dziennej opieki, zwiększenia liczby udzielanych porad w trybie ambulatoryjnym, a także otworzenie nowego oddziału stacjonarnej opieki, oraz pozwoli na skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne z zakresu rehabilitacji medycznej. Zwiększenie liczby łóżek, a także działania modernizacyjne w Klinice Rehabilitacji, w tym wymiana i zakup nowych urządzeń umożliwiających prowadzenie nowoczesnej rehabilitacji, przyczyni się do zwiększenia dostępności i powszechności do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej w warunkach ambulatoryjnych, w ramach oddziałów dziennych oraz stacjonarnych.  Program będzie realizować IPCZD jako Inwestor.  Mierzalne efekty realizacji Programu:  1) liczba łóżek: zwiększenie z 171 do 240 (o 69 szt.);  2) powierzchnia całkowita: zwiększenie z 18 232 m² do 25 207 m². | Planowany termin przyjęcia projektu przez RM:  II kwartał 2023 r. | <https://www.gov.pl/web/premier/projekt-uchwaly-rady-ministrow-w-sprawie-ustanowienia-programu-wieloletniego-pod-nazwa-modernizacja-oraz-doposazenie-infrastruktury-strategicznej-w-instytucie-pomnik-centrum-zdrowia-dziecka> |
| Uchwała | Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia programu inwestycyjnego pod nazwą „Utworzenie Zintegrowanego Centrum Pediatrycznego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu” | Zgodnie z diagnozą w Mapie Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022–2026, na terenie województwa dolnośląskiego brak jest szpitala zapewnianiającego kompleksową opiekę medyczną dla osób do 18. roku życia. Ponadto dostępność do poradni specjalistycznych pediatrycznych w województwie na tle całego kraju wypada niekorzystanie. W związku z powyższym, jednym z wyzwań dla systemu opieki zdrowotnej jest konsolidacja istniejących zasobów infrastrukturalnych w specjalnościach dotyczących chorób dziecięcych i zapewnienie jak najpełniejszej wielospecjalistycznej opieki dla pacjentów do 18. roku życia w jednym ośrodku.  Na konieczność konsolidacji istniejących zasobów infrastrukturalnych w specjalnościach dotyczących chorób dziecięcych celem utworzenia szpitala dziecięcego (zabezpieczenie dostępności do szpitala o statusie: poziom PSZ-szpital pediatryczny) i zapewnienia jak najpełniejszej wielospecjalistycznej opieki dla pacjentów do 18. roku życia w jednym ośrodku wskazuje jedna z rekomendacji (nr 4.1) w Wojewódzkim Planie Transformacji Województwa Dolnośląskiego na lata 2022-2026. Rezultatem tego założenia ma być powstanie Zintegrowanego Centrum Pediatrycznego, za którego utworzenie odpowiedzialny będzie Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu, zwany dalej „USK”.  USK jest największym podmiotem leczniczym na Dolnym Śląsku, o wieloprofilowym i kompleksowym zakresie prowadzonej działalności oraz jednostką akademicką realizującą wiele innowacyjnych procedur medycznych oraz badań klinicznych. USK udzielił w 2019 r. ponad 116 tys. hospitalizacji, z czego ponad 29 tys. to hospitalizacje dzieci.  Zapewnienie pacjentom pediatrycznych świadczeń medycznych na najwyższym poziomie nie jest możliwe w obecnych warunkach funkcjonowania szpitala. Kliniki USK, zajmujące się leczeniem dzieci, zlokalizowane są w trzech różnych miejscach na terenie Wrocławia, tj.: przy ul. T. Chałubińskiego, ul. M. Curie-Skłodowskiej oraz przy ul. Borowskiej. Rozproszenie zaplecza diagnostycznego wydłuża proces diagnostyczno-leczniczy, obniża kompleksowość świadczonych usług, a także podnosi koszty działalności. Stan techniczny historycznych budynków przy ul. T. Chałbińskiego i ul. M. Curie-Skłodowskiej jest zły. Budynki nie spełniają norm i standardów określonych dla obiektów szpitalnych oraz nie gwarantują dostępności dla osób z niepełnosprawnościami, ze względu na bariery architektoniczne. Zły stan instalacji wpływa na częste awarie, powoduje utrudnienia w funkcjonowaniu obiektów oraz generuje dodatkowe koszty w zakresie bieżącego utrzymania i remontów. Ponadto istniejąca infrastruktura obu budynków nie jest dostosowana do instalacji zaawansowanych technologicznie aparatury i sprzętu, a wykonanie prac dostosowawczych i modernizacyjnych nie jest racjonalne w aspekcie ekonomicznym. Większość wyposażenia, w tym aparatura i sprzęt medyczny jest zużyta i wymaga wymiany z uwagi na konieczność zapewnienia odpowiedniego poziomu diagnostyki, utrzymania kompatybilności z innymi urządzeniami i systemami, ryzyko braku możliwości naprawy i serwisowania urządzeń lub wysokich kosztów z tym związanych.  W związku z rozproszeniem oddziałów pediatrycznych na terenie Wrocławia, utrudnionym dostępem do zaplecza diagnostycznego oraz złym stanem budynków, w których obecnie mają lokalizację poszczególne oddziały, koniecznym jest utworzenie miejsca umożliwiającego przeprowadzanie kompleksowego leczenia w dostosowanym do tego celu obiekcie i przy użyciu nowoczesnego sprzętu i wyposażenia medycznego.  Rekomendowanym rozwiązaniem jest zapewnienie kompleksowości oraz poprawa jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej dla dzieci.  Planowane narzędzia interwencji to ustanowienie i realizacja programu inwestycyjnego pod nazwą „Utworzenie Zintegrowanego Centrum Pediatrycznego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu”, zwanego dalej „programem inwestycyjnym”, polegającego na budowie i doposażeniu nowego budynku Zintegrowanego Centrum Pediatrycznego, zwanego dalej „ZCP”, z łącznikiem prowadzącym do kompleksu pozostałych budynków szpitala. Utworzenie ZCP umożliwi przeprowadzanie kompleksowego leczenia w dostosowanym do tego celu obiekcie i przy użyciu nowoczesnego sprzętu i wyposażenia medycznego.  Planowane jest przeniesienie do budynku ZCP tzw. niezabiegowych oddziałów tj. endokrynologii dziecięcej, gastroenterologii dziecięcej, alergologii dziecięcej, kardiologii pediatrycznej, nefrologii pediatrycznej, chorób zakaźnych dzieci. Oddziały te po alokacji wraz z obecnie istniejącymi w lokalizacji szpitala przy ul. Borowskiej pediatrycznymi oddziałami tzw. zabiegowymi umożliwią kompleksową opiekę leczonych dzieci niezależnie od rodzaju schorzenia.  Konsolidacja oddziałów pediatrycznych w oddział wieloprofilowy, stworzenie wydzielonej strefy do pracy z pacjentami w trybie jednodniowym, przesunięcie wielu świadczeń oraz procedur do obszaru oddziału dziennego, a także ulokowanie kompleksu poradni pediatrycznych specjalistycznych w jednym budynku ZCP istotnie poprawi jakość, ciągłość i kompleksowość świadczonych usług, przy optymalnym wykorzystaniu dostępnej kadry medycznej i bazy diagnostycznej.  Wspólna lokalizacja z obszarem zakaźnym (oddzielne skrzydło), który będzie stanowił komplementarny obszar dla części nieinfekcyjnej, ułatwi izolację pacjentów z chorobami infekcyjnymi oraz ich leczenie przez specjalistów z obszaru nieinfekcyjnego.  Budynek ZCP będzie zapewniać bazę lokalową na najwyższym poziomie, dostosowaną nie tylko do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 stycznia 2022 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 402), ale również standardy dostępności, zapewniając tym samym użyteczność dla osób o różnej sprawności.  Zakupiony nowy sprzęt i aparatura medyczna wpłynie na poprawę jakości oraz zaspokojenie zwiększających się potrzeb w zakresie diagnostyki i leczenia w obszarze endokrynologii i diabetologii dziecięcej (cukrzyca i otyłość), gastroenterologii dziecięcej (nieswoiste zapalenia jelit, zaburzenia stanu odżywienia i zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego), alergologii (astma, alergia wziewna i pokarmowa), chorób zakaźnych (COVID-19 oraz inne możliwe w przyszłości pandemie), reumatologii (choroby autoimmunologiczne i reumatoidalne zapalenie stawów) oraz chorób rzadkich. Rozbudowana baza sprzętowa, z wysokiej jakości zapleczem diagnostycznym, wpłynie pozytywnie na skrócenie czasu oczekiwania na udzielane świadczenia opieki zdrowotnej.  Planowane jest rozszerzenie zakresu działalności o dziedziny: immunologię, reumatologię oraz neurologię dziecięcą. Świadczenia opieki zdrowotnej z ww. dziedzin realizowane były dotychczas w oddziałach i poradniach, które nie są dotychczas ujęte w strukturze USK i zlokalizowane na bazie obcej.  Program inwestycyjny zakłada również utworzenie jedynego w skali regionu, zintegrowanego centrum chorób rzadkich, obejmującego obszar pediatrii metabolicznej i genetyki klinicznej.  Inwestycja pozwoli na rozszerzenie oferty zabiegów zwłaszcza w obszarze pediatrycznej endoskopii zabiegowej, dzięki wspólnej lokalizacji, dostępie do badań radiologicznych oraz współpracy z chirurgami dziecięcymi. Planowane jest również znaczne poszerzenie działalności w zakresie kardiologii dziecięcej o procedury dotąd niewykonywane w USK.  Program inwestycyjny będzie realizować USK jako Inwestor.  Mierzalne efekty realizacji programu inwestycyjnego:  1) liczba łóżek: zwiększenie z 134 do 136 (o 2 szt.);  2) powierzchnia całkowita: zwiększenie z 7 595 m² do 17 409 m² (o 9 814 m²).  Planowane nakłady w łącznej wysokości 223 688 842 zł na realizację działań przewidzianych w ramach Programu inwestycyjnego do wydatkowania w latach 2023–2028 wynoszą:  1) środki z Funduszu Medycznego – łącznie 201 319 952 zł, w tym:  a) w 2023 r. – 438 141 zł,  b) w 2024 r. – 5 299 785 zł,  c) w 2025 r. – 21 139 353 zł,  d) w 2026 r. – 730 762 zł,  e) w 2027 r. – 120 874 059 zł,  f) w 2028 r. – 52 837 852 zł;  2) środki własne – łącznie 22 368 890 zł, w tym:  a) w 2023 r. – 48 683 zł,  b) w 2024 r. – 588 865 zł,  c) w 2025 r. – 2 348 819 zł,  d) w 2026 r. – 81 196 zł,  e) w 2027 r. – 13 430 453 zł,  f) w 2028 r. – 5 870 874 zł.  Rozkład kwot pomiędzy latami jest uzależniony od wielu trudnych lub wręcz niemożliwych do przewidzenia czynników (m. in. długość postępowań przetargowych, dostępność materiałów budowlanych) i może ulec zmianie, przy czym na obecnym etapie nie zakłada się zwiększenia łącznej kwoty finansowania z Funduszu Medycznego. | Planowany termin przyjęcia projektu przez RM:  II kwartał 2023 r. | <https://www.gov.pl/web/premier/projekt-uchwaly-rady-ministrow-w-sprawie-ustanowienia-programu-inwestycyjnego-pod-nazwa-utworzenie-zintegrowanego-centrum-pediatrycznego-uniwersyteckiego-szpitala-klinicznego-im-jana-mikulicza-radeckiego-we-wroclawiu> |
| Uchwała | Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia programu inwestycyjnego pod nazwą „Pediatria PLUS – dostosowanie infrastruktury do aktualnych standardów opieki pediatrycznej i psychiatrycznej – Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu” | Najistotniejszymi problemami zdrowotnymi w Wielkopolsce są ubytki zdrowia związane z chorobami układu krążenia i nowotworami, a następnie chorobami układu kostno-stawowego, chorobami metabolicznymi, urazami i zatruciami oraz chorobami układu oddechowego (www.basiw.mz.gov.pl). Trend ten utrzymuje się w ciągu ostatnich lat. W świetle doniesień, szczególnie ostatnich lat, coraz większego znaczenia nabierają również schorzenia psychiatryczne oraz inne związane z uzależnieniami.  Z analiz przeprowadzonych w 2019 r. i zawartych w „Mapie potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.” – obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 69) wynika, że w przypadku leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży w 2019 r. wystąpił bardzo ograniczony dostęp do każdego z rodzajów form opieki. Niska dostępność do świadczeń opieki stacjonarnej dla dzieci mogła mieć wpływ na liczbę hospitalizacji dzieci z rozpoznaniami zaburzeń psychicznych (ICD-10 od F00 do F99) na oddziałach przeznaczonych dla chorób somatycznych (39,16% wszystkich pacjentów) lub na oddziałach psychiatrycznych dla dorosłych (7,5% wszystkich pacjentów).  W związku z powyższym zasadne jest, by tworzyć przestrzeń odpowiadającą potrzebom dzieci i młodzieży, która nie jest obecnie wystarczająca, a na którą z roku na rok rośnie zapotrzebowanie. W Poznaniu do chwili obecnej w publicznej opiece zdrowia nie ma takiej oferty. W Wielkopolsce, zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych, żaden ośrodek nie zapewnia więcej niż dwóch form opieki, podczas gdy za kompleksowy ośrodek uważa się ośrodek, który dysponuje 5 formami opieki. Opieka nad małoletnimi jest więc rozproszona.  Celem Programu inwestycyjnego pod nazwą: „Pediatria PLUS – dostosowanie infrastruktury do aktualnych standardów opieki pediatrycznej i psychiatrycznej – Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu”, zwanego dalej „Programem inwestycyjnym”, jest poprawa jakości i dostępności opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży w zachodniej części Polski, w szczególności w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży, kardiologii, chirurgii, otolaryngologii, diabetologii i nefrologii dziecięcej ze stacją dializ oraz świadczeń na izbie przyjęć pediatrii.  Program inwestycyjny zakłada nie tylko zapewnienie skoordynowanej i kompleksowej opieki nad dziećmi (zwłaszcza w dziedzinach priorytetowych takich jak: psychiatria, kardiologia, diabetologia i leczenie otyłości), ale też poprawę jakości świadczeń medycznych oraz zwiększenie dostępności do udzielanych świadczeń.  Obecna infrastruktura nie gwarantuje także dostępności dla osób z niepełnosprawnościami – liczne bariery architektoniczne uniemożliwiają dostęp osobom ze szczególnymi potrzebami. Awaryjna infrastruktura budowlana i sprzętowa powoduje przestoje operacyjne, co narusza zachowanie efektywności operacyjnej. Obecnie posiadany sprzęt i aparatura medyczna są w znacznym stopniu wyeksploatowane, co przekłada się na zwiększone koszty związane z bieżącymi naprawami przy wykonywaniu przeglądów.  Przedstawione w Programie inwestycyjnym działania są niezbędne i konieczne do dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych dzieciom i młodzieży.  Rekomendowane rozwiązania ustanowienie programu inwestycyjnego, którego realizacja przyczyni się do poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych, w szczególności z zakresu psychiatrii i kardiologii, które będą udzielone w dostosowanych do tego celu obiektach, a także poprawa komfortu na oddziałach m.in.: otolaryngologicznym, diabetologicznym, nefrologii czy chirurgii.  Program inwestycyjny zakłada przebudowę, rozbudowę oraz modernizację infrastruktury Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, zwanego dalej „Szpitalem” - m.in. oddział dzienny psychiatryczny, oddział kardiologii, oddział chirurgii, oddział nefrologii oraz rehabilitacja kardiologiczna. Ponadto Program inwestycyjny przyczyni się do poprawy jakości udzielania świadczeń przez zakup sprzętu medycznego. Wpłynie również na zwiększenie dostępności do kompleksowej i wysokospecjalistycznej opieki zdrowotnej w zakresie pediatrii.  Efektem wdrożenia Programu inwestycyjnego będzie zwiększona liczba świadczeń udzielanych na psychiatrycznym oddziale dziennym dla dzieci i młodzieży (o 15 miejsc). Ponadto, możliwość udzielania świadczeń w trybie ambulatoryjnym oraz dziennym umożliwi pacjentom kontynuowanie terapii po opuszczeniu oddziału stacjonarnego. Zaplanowana nowa przestrzeń pozwoli na utworzenie komfortowych pokoi dla pacjentów i ich opiekunów, w tym również pokoi dla osób z niepełnosprawnościami oraz zapewnienie niezbędnego zaplecza administracyjnego, gospodarczego i magazynowego dla oddziału. Nowe oddziały wyposażone zostaną w rozwiązania instalacyjne poprawiające komfort pracy oraz ułatwiające zapewnienie rygoru sanitarnego, tj. system przywoławczy z interkomem, monitoring sal z podglądem w punkcie pielęgniarskim, bezdotykowe automatycznie otwierane drzwi.  Podjęcie działań inwestycyjnych jest uzasadnione koniecznością dostosowania strategicznej infrastruktury Szpitala do aktualnych standardów opieki oraz oczekiwań pacjentów, w tym zapewnienie miejsca umożliwiającego całodobowy pobyt rodzica przy dziecku oraz infrastruktury przyjaznej osobom ze szczególnymi potrzebami - nie jest to możliwe bez gruntownej przebudowy i rozbudowy dotychczas funkcjonujących oddziałów. Inwestycję uzasadniają również pilne potrzeby regionu w zakresie poszerzenia opieki specjalistycznej nad dziećmi i młodzieżą, m.in. przez rozwój dziennego centrum opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży.  Planowana inwestycja odpowiada kierunkowym reformom opieki zdrowotnej zarówno w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, jak i modernizacji infrastruktury szpitalnej oraz stworzenia nowoczesnej przestrzeni do kształcenia kadr medycznych.  Szpital jako jedyny w regionie Wielkopolski i Polski północno-zachodniej zapewnia realizację wysokospecjalistycznych świadczeń z zakresu kardiologii (pozostałe ośrodki w regionie zapewniają podstawową opiekę kardiologiczną). Dzięki zlokalizowaniu w Szpitalu oddziału kardiochirurgii i pracowni diagnostycznych dzieci mają zapewnioną kompleksową opiekę bez konieczności przebywania w różnych placówkach.  Zgodnie z „Mapą potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa wielkopolskiego” oraz „Mapą potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla województwa wielkopolskiego” planowana do realizacji inwestycja odpowiada trendom demograficznym i zapotrzebowaniu na udzielanie świadczeń z zakresu kardiologii dziecięcej.  Inwestycja wpłynie też na poprawę systemu kształcenia kadr medycznych – szpital jako jednostka uniwersytecka stanowi zaplecze do realizacji kształcenia przed– i podyplomowego. Dzięki realizacji inwestycji wzrośnie ergonomia pracy personelu medycznego, co wpłynie na ograniczenie rotacji kadr i częściowej emigracji zarobkowej.  Szpital jest wysokospecjalistyczną jednostką w zakresie pediatrii i psychiatrii z zasięgiem wojewódzkim – dla całego województwa wielkopolskiego. Do Szpitala trafiają także pacjenci z innych regionów kraju, zwłaszcza z Polski północnozachodniej (województwo zachodnio-pomorskie oraz lubuskie), gdzie nie ma pełnoprofilowych ośrodków wysokospecjalistycznych dla dzieci.  Program inwestycyjny uwzględnia zwiększenie dostępności architektonicznej zgodnie z ustawą z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. 2022 poz. 2240), zgodnie z zasadą projektowania uniwersalnego. Modernizacja i budowa uwzględniać będzie pełną dostępność architektoniczną.  Program będzie realizować Szpital jako Inwestor.  Planowane efekty Programu inwestycyjnego to:  1. zwiększenie dostępności do rehabilitacji psychiatrycznej przez utworzenie dziennego oddziału psychiatrii dziecięcej,  2. zwiększenie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej przez utworzenie specjalistycznej poradni dla dzieci autystycznych,  3. rozwój ambulatoryjnych świadczeń psychiatrycznych przez modernizację poradni psychiatrycznych,  4. zwiększenie liczby specjalistycznych świadczeń kardiologicznych przez przebudowę i rozbudowę oddziałów wraz z zapewnieniem kompleksowego leczenia chorób sercowo-naczyniowych u dzieci,  5. zwiększenie dostępności do rehabilitacji kardiologicznej przez utworzenie ośrodka rehabilitacji kardiologicznej dla dzieci,  6. poprawa jakości świadczeń medycznych przez dostosowanie infrastruktury oddziałów do wymogów sanitarno-epidemiologicznych (oddział chirurgiczny ogólny, oddział nefrologiczny, oddział diabetologiczny, oddział otolaryngologiczny, stacja dializ),  7. zwiększenie dostępności i komfortu realizacji świadczeń pediatrycznych w ramach pomocy doraźnej przez przebudowę izby przyjęć,  8. zwiększenie bezpieczeństwa leczenia i ograniczenie liczby zakażeń szpitalnych,  9. poprawa komfortu pobytu pacjentów i opiekunów przez modernizację sal chorych umożliwiających pobyt osoby towarzyszącej oraz utworzenie ogólnodostępnych przestrzeni (sale wypoczynkowe z przestrzenią do zabaw dla dzieci).  Planowany okres realizacji inwestycji został ustalony na lata 2023 – 2026.  Planowane nakłady w łącznej wysokości 102 895 262 zł na realizację działań przewidzianych w ramach Programu inwestycyjnego wynoszą:  1) środki z Funduszu Medycznego – łącznie 92 605 736 zł,  a) w 2023 r. – 16 319 730 zł,  b) w 2024 r. – 33 357 571 zł,  c) w 2025 r. – 27 703 626 zł,  d) w 2026 r. – 15 224 809 zł;  2) środki własne Inwestora – łącznie 10 289 526 zł, w tym:  a) w 2024 r. – 2 575 887 zł,  b) w 2025 r. – 4 529 290 zł,  c) w 2026 r. – 3 184 349 zł.  Rozkład kwot pomiędzy latami jest uzależniony od wielu czynników (m. in. długość postępowań przetargowych, dostępność materiałów budowlanych) i może ulec zmianie, przy czym na obecnym etapie nie zakłada się zwiększenia łącznej kwoty finansowania z Funduszu Medycznego. | Planowany termin przyjęcia projektu przez RM:  II kwartał 2023 r. | <https://www.gov.pl/web/premier/uchwala-rady-ministrow-w-sprawie-ustanowienia-programu-inwestycyjnego-pod-nazwa-pediatria-plus--dostosowanie-infrastruktury-do-aktualnych-standardow-opieki-pediatrycznej-i-psychiatrycznej--szpitala-klinicznego-im-karola-jonschera-uniwersytetu-medycznego-im-karola-marcinkowskiego-w-poznaniu> |
| Uchwała | Projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia programu inwestycyjnego pod nazwą „Centrum Medycyny Pediatrycznej” | Miasto Gdańsk, jak i całe Trójmiasto, nie posiada kompleksowego wielospecjalistycznego centrum medycyny dziecięcej. Poszczególne usługi z zakresu specjalności pediatrycznych rozbite są pomiędzy wieloma szpitalami o różnej strukturze właścicielskiej, co jest szczególnie kłopotliwe w odniesieniu do szeroko pojmowanej działalności zabiegowej, onkologii oraz leczenia wad wielonarządowych. Obecnie żaden szpital w województwie pomorskim nie realizuje pełnego zakresu świadczeń z medycyny dziecięcej. W województwie pomorskim występuje ograniczona dostępność do świadczeń zdrowotnych dla dzieci w zakresie m.in.: immunologii klinicznej, chorób rzadkich oraz otyłości.  Obecnie występujący problem braku powszechnego dostępu do immunologii klinicznej dla dzieci powoduje, że świadczenia z tego zakresu podlegają kompensacji w ramach świadczeń hematologii, dermatologii, alergologii czy pneumologii.  Brak skoncentrowanej bazy leczniczej wyposażonej w nowoczesny sprzęt medyczny utrudnia kompleksowe leczenie chorób rzadkich. Wczesne rozpoznanie choroby rzadkiej ma kluczowe znaczenie, aby rozpocząć odpowiednie leczenie i otoczyć właściwą opieką pacjenta. Szacuje się, że chorzy na choroby rzadkie stanowią 6–8% każdej populacji, co w Rzeczypospolitej Polskiej odpowiada ok. 2–3 milionom osób. Ponadto choroby rzadkie, mają niezwykle zróżnicowany obraz kliniczny i dlatego trudno jest je rozpoznać bez przeprowadzenia odpowiednich badań diagnostycznych.  Kolejnym poważnym problemem jest nadwaga oraz otyłość u dzieci i młodzieży. Czynniki te powodują zwiększenie chorobowości oraz umieralności w zakresie wielu chorób przewlekłych, w szczególności układu krążenia, układu ruchu, cukrzycy czy nowotworów. Ponadto niepokojąco wzrasta liczba dzieci cierpiących z powodu astmy, alergii, atopowego zapalenia skóry. Rośnie też liczba pacjentów leczonych z powodu zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania.  Konieczność podjęcia działań inwestycyjnych wynika m.in. z faktu, iż jednostki organizacyjne szpitala są rozporoszone, a niekomfortowe warunki nie sprzyjają dla pacjentom, ich opiekunom i personelowi. Występujące często awarie oraz usterki typowe dla ponad 50-letniej zdekapitalizowanej infrastruktury powodują przestoje i uniemożliwiają sprawne planowanie usług radiologii. Pediatrzy pracują w obiektach i przestrzeniach wyodrębnionych na ich potrzeby w starych budynkach. Dostosowanie tych pomieszczeń do aktualnych przepisów m.in. przeciwpożarowych jest niemożliwe, a rosnące nakłady eksploatacyjne na istniejące budynki stanowią barierę w rozwoju jednostek pediatrycznych.  Jak wynika z Mapy Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) na okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2026 r. na terenie województwa pomorskiego wzmocnienia wymagają wszystkie rodzaje i poziomy opieki nad matką i dzieckiem. Nadal niedostatecznie przebiega monitorowanie stanu zdrowia kobiety ciężarnej. Istotnym jest stopniowe zwiększanie dostępu do świadczeń pediatrycznych oraz odpowiednie dostosowanie infrastruktury do zwiększonych potrzeb w tym zakresie. Obecne zasoby potwierdzają niską dostępność do świadczeń. Województwo pomorskie nie posiada wielozakresowego centrum opieki zdrowotnej realizującej świadczenia dla matki i dziecka (w jednym miejscu).  Przedmiotowa inwestycja została ujęta w Wojewódzkim Planie Transformacji Zdrowotnej na lata 2022–2026 dla województwa pomorskiego, jako jeden z głównych obszarów działań w obszarze 2.4. Leczenie szpitalne – „Utworzenie ośrodka kompleksowego leczenia (POZ z opieką świątecznonocną, AOS, SOR, diagnostyka i hospitalizacja) chorób wieku dziecięcego na poziomie podstawowym i specjalistycznym poprzez budowę lub modernizację istniejącej infrastruktury w Gdańsku”.  Realizacja inwestycji pozwoli na osiągnięcie celów wyznaczonych w ww. planie m.in. poprzez zapewnienie wielozakresowej kompleksowej opieki zachowawczo-zabiegowej dla dzieci i młodzieży. Nastąpi również zwiększenie dostępności do świadczeń wysokospecjalistycznych w ośrodku o odpowiednim zapleczu kadrowo-diagnostyczno-terapeutycznym.  Ponadto poprawa warunków lokalowych i rozbudowa bazy dla pediatrii z pewnością przyczyni się do skrócenia kolejek na świadczenia u dzieci z zakresu ambulatoryjnej medycyny specjalistycznej, jak i leczenia szpitalnego oraz zapewni szybką i pełną diagnostykę.  Celem ustanawianego programu inwestycyjnego pod nazwą: „Centrum Medycyny Pediatrycznej”, zwanego dalej „Programem inwestycyjnym”, jest poprawa jakości działalności pediatrycznej ze szczególnym uwzględnieniem i skupieniem w bezpośredniej bliskości intensywnych form opieki nad pacjentem, tj. skupienie w jednej lokalizacji: izby przyjęć, zakładu radiologii, oddziału anestezjologii intensywnej terapii dla dzieci i bloku operacyjnego oraz rozwój dziedzin pediatrycznych poprzez stworzenie infrastruktury dla jednostek do tej pory niewystępujących w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym, zwanym dalej „UCK”.  Realizacja tego celu odbędzie się poprzez budowę i wyposażenie nowego 6-kondygnacyjnego budynku szpitalnego o powierzchni całkowitej 29 029 m2. Nowy obiekt zostanie zlokalizowany w głównym kompleksie szpitalnym i zostanie połączony z resztą infrastruktury szpitalnej poprzez łącznik.  Budowa nowego obiektu wpłynie na poprawę ergonomii pracy personelu medycznego zaangażowanego w opiekę medyczną nad dziećmi w obrębie UCK dzięki lokalizacji kluczowych, intensywnych form opieki nad pacjentem w jednym obiekcie i bezpośrednio sąsiadujących lokalizacjach oraz w oparciu o nowoczesną infrastrukturę i wyposażenie typu „state of the art”. Oddziały, gabinety oraz pozostałe pomieszczenia zostaną zaprojektowane według nowoczesnych i aktualnych technologii z dostosowaniem do obowiązujących przepisów bhp oraz przeciwpożarowych. Zostaną wprowadzone sale przyjazne dzieciom, a estetyczne rozwiązania architektoniczne zmniejszą stres pacjentów, dzięki czemu usprawni proces rekonwalescencji pacjentów. Jednakże najbardziej kluczowy jest fakt, iż pacjenci otrzymają możliwość uzyskania porady medycznej czy też wykonania badania m.in. tomografii komputerowej bądź RTG w jednym budynku bez konieczności kłopotliwego oraz czasochłonnego przemieszczania się. Program inwestycyjny pozwoli na zwiększenie dostępu do świadczeń pediatrycznych wraz z odpowiednim dostosowaniem infrastruktury do zwiększonych potrzeb.  W nowym budynku szpitalnym znajdą się m.in. Oddział Obserwacyjny, Oddział Dzienny Pediatryczny, Oddział Dzienny Rehabilitacji Pediatrycznej, Pracownia Endoskopii czy też Klinika Reumatologii i Immunologii Dziecięcej.  Utworzenie nowego pediatrycznego oddziału dziennego usprawni jednodniowe procedury, dzięki czemu nie będą realizowane na dotychczasowych oddziałach, gdzie generują zwiększony, niepotrzebny ruch pośród osób hospitalizowanych w trybie stacjonarnym.  Dzięki realizacji Programu inwestycyjnego możliwy będzie też szerszy udział UCK i Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w Planie dla Chorób Rzadkich, jak i w dalszych inicjatywach europejskich z tego zakresu. Umożliwi to testowanie i walidację innowacyjnych produktów technicznych w oparciu o powyższą współpracę z potencjałem późniejszej komercjalizacji. Pozwoli też na powstanie hubu technologicznego, jak i akceleratora przedsiębiorczości w zakresie innowacyjnych rozwiązań medycznych.  Program inwestycyjny będzie realizować UCK jako Inwestor.  Mierzalne efekty realizacji Programu inwestycyjnego:  1) liczba łóżek: zwiększenie z 18 do 110 (o 92 szt.);  2) powierzchnia całkowita: zwiększenie z 2 451 m² do 29 029 m².  Planowany okres realizacji inwestycji został ustalony na lata 2023 – 2027.  Planowane nakłady w łącznej wysokości 299 900 000 zł na realizację działań przewidzianych w ramach Programu inwestycyjnego do wydatkowania w latach 2023 – 2027 wynoszą:  1) środki z Funduszu Medycznego – łącznie 298 500 000 zł, w tym:  a) w 2023 r. – 11 000 000 zł;  b) w 2024 r. – 34 500 000 zł;  c) w 2025 r. – 76 300 000 zł,  d) w 2026 r. – 130 900 000 zł;  e) w 2027 r. – 45 800 000 zł.  2) środki własne – łącznie 1 400 000 zł, w 2026 r.  Rozkład kwot pomiędzy latami jest uzależniony od wielu trudnych lub wręcz niemożliwych do przewidzenia czynników (m. in. długość postępowań przetargowych, dostępność materiałów budowlanych) i może ulec zmianie, przy czym na obecnym etapie nie zakłada się zwiększenia łącznej kwoty finansowania z Funduszu Medycznego | Planowany termin przyjęcia projektu przez RM:  II kwartał 2023 r. | <https://www.gov.pl/web/premier/projekt-uchwaly-rady-ministrow-w-sprawie-ustanowienia-programu-inwestycyjnego-pod-nazwa-centrum-medycyny-pediatrycznej> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 maja 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz sposobu przekazywania danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek, osób pobierających zasiłki przyznane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, osób ubiegających się o przyznanie emerytury lub renty, pracowników korzystających z urlopu bezpłatnego oraz osób pobierających rentę rodzinną, które nie ukończyły 18. roku życia | Konieczność wydania nowego rozporządzenia wynika z przepisów ustawy z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2770), zwanej dalej „ustawą zmieniającą”. Ustawa zmieniająca dodała do ustawy przepis art. 87 ust. 10h, który rozszerza zakres danych, jaki Zakład Ubezpieczeń Społecznych, zwany dalej „ZUS”, oraz Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, zwana dalej „KRUS” mają przekazywać Narodowemu Funduszowi Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”. W konsekwencji zmianie uległa też treść upoważnienia do wydania rozporządzenia określającego szczegółowy zakres danych przekazywanych przez ZUS i KRUS do Funduszu, zawarta w art. 87 ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z art. 23 ustawy zmieniającej dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 87 ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zachowują moc nie dłużej niż przez 6 miesięcy od dnia wejścia w życie tej ustawy.  Projektowane rozporządzenie zapewnia Funduszowi zestaw informacji niezbędny do potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osobom posiadającym to prawo. W porównaniu do dotychczasowych rozwiązań, przewidzianych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 czerwca 2022 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz sposobu przekazywania danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek, osób pobierających zasiłki przyznane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, osób ubiegających się o przyznanie emerytury lub renty oraz pracowników korzystających z urlopu bezpłatnego (Dz. U. z 2022 r. poz. 1221) projektowane rozporządzenie dodaje obowiązek przekazywania przez ZUS i KRUS danych osób pobierających rentę rodzinną, które nie ukończyły 18. roku życia.  Uwzględnienie w zestawie danych przekazywanych przez ZUS i KRUS do Funduszu zakresu informacji o osobach pobierających rentę rodzinną, które nie ukończyły 18. roku życia, pozwoli Funduszowi określić aktualny status tych osób w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych, co umożliwi łatwą weryfikację prawa tych osób do świadczeń opieki zdrowotnej. Znacząco zmniejszy się liczba składanych oświadczeń i dokumentów, a tym samym zmniejszy się obciążenie Funduszu wynikające z konieczności ich weryfikacji i podejmowania postępowań wyjaśniających w przypadkach budzących wątpliwości. | Wejście w życie 1 czerwca 2023 r. | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000102901.pdf> |
| Obwieszczenie | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 kwietnia 2023 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu podziału środków finansowych dla uczelni medycznych nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia | ogłasza się jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2019 r. w sprawie sposobu podziału środków finansowych dla uczelni medycznych nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia (Dz. U. poz. 1201) |  | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000100501.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 maja 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie kursów kwalifikacyjnych dla farmaceutów | Aktualnie, zgodnie z § 2 pkt 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2022 r. w sprawie kursów kwalifikacyjnych dla farmaceutów (Dz. U. poz. 1860), kursy kwalifikacyjne obejmują problematykę:  1) przeprowadzania badania kwalifikacyjnego w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania szczepienia przeciw COVID-19 oraz wykonywania szczepienia przeciw COVID-19;  2) przeprowadzania badania kwalifikacyjnego w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonywania szczepień, do których farmaceuta jest uprawniony na podstawie art. 19 ust. 5a ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2022 r. poz. 1657, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.  Jednocześnie brak jest ujęcia w problematyce kursów kwalifikacyjnych zagadnienia dotyczącego wykonywania przez farmaceutę szczepienia ochronnego przeciw grypie u osoby dorosłej, do którego farmaceuta jest uprawniony na podstawie art. 19 ust. 5b ustawy.  Projekt rozporządzenia wprowadza zmianę w § 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2022 r. w sprawie kursów kwalifikacyjnych dla farmaceutów polegającą na doprecyzowaniu, że kursy kwalifikacyjne dla farmaceutów będą obejmowały również problematykę dotyczącą przeprowadzania szczepienia ochronnego przeciw grypie u osoby dorosłej. Do przeprowadzania takiego szczepienia farmaceuta jest uprawniony, na podstawie art. 19 ust. 5b ustawy.  Konieczność zmiany w § 2 pkt 2 projektu rozporządzenia jest powiązana z nowelizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych polegającą na dodaniu w § 6 w ust. 2 pkt 3 tego rozporządzenia przepisu określającego, iż osoby, o których mowa w art. 19 ust. 5b ustawy (m.in. farmaceuta), przeprowadzają szczepienia ochronne przeciw grypie u osoby dorosłej, jeżeli spełniają warunki określone w § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych albo uzyskały dokument potwierdzający ukończenie kursu kwalifikacyjnego, o którym mowa w art. 75 ust. 1 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty.  W związku z procedowanymi projektami rozporządzeń, farmaceuta będzie mógł przeprowadzać szczepienie ochronne przeciw grypie u osoby dorosłej, jeżeli odbył kurs kwalifikacyjny i uzyskał dokument potwierdzający ukończenie tego kursu. W związku z tym zaproponowana zmiana w projekcie rozporządzenia umożliwi farmaceutom wykonanie szczepień przeciw grypie u osób dorosłych, istotnie skracając czas do uzyskania tego szczepienia przez pacjenta. | Wejście w życie 7 czerwca 2023 r. | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000100101.pdf> |
| Obwieszczenie | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 maja 2023 r. w sprawie maksymalnej wysokości kredytu na studia medyczne | maksymalna wysokość kredytu na studia medyczne rozpoczęte w roku akademickim 2023/2024 wynosi 22 000 zł na jeden semestr studiów przez okres objęty kredytowaniem. |  | <https://dziennikustaw.gov.pl/M2023000053401.pdf> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 83/2023/DSM PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 30 maja 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej | Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).Szpitale posiadające w swojej strukturze organizacyjnej szpitalny oddział ratunkowy (SOR), zgodnie z § 15 pkt 4a rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2021 r. poz. 2048, z późn. zm.), zobowiązane zostały, w terminie do 30 czerwca 2023 r., do spełnienia wymogu określonego w § 4 ust. 1 pkt 5 ww. rozporządzenia, tj. organizacji miejsca udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. W związku z powyższym, niezbędne było określenie zasad ustalania ryczałtu miesięcznego dla tych podmiotów w początkowym okresie ich funkcjonowania. Jednocześnie, mając na uwadze to, iż dotychczasowe przepisy zarządzenia (§ 12 ust. 10 i 11) regulujące ww. materię nie regulowały kompleksowo przedmiotowego zagadnienia (nie we wszystkich oddziałach wojewódzkich były obszary, w których świadczenia są realizowane przez kilka (więcej niż jeden) podmiotów zakwalifikowanych do PSZ i co za tym idzie, we wskazanych oddziałach nie było najniższej obowiązującej w województwie składowej ryczałtu za liczbę udzielonych porad lekarskich i wizyt pielęgniarskich, niezbędnej do ustalenia ryczałtu dla świadczeniodawcy rozpoczynającego udzielanie świadczeń), w tym celu wprowadzono nowy sposób ustalania wysokość i ryczałtu. Zgodnie z nowym brzmieniem przepisów - § 12 ust. 10 i 11 zarządzenia – początkowa wysokość ryczałtu (R) określana jest przez dyrektora Oddziału Funduszu w oparciu o minimalne wymagania w zakresie wyposażenia, organizacji oraz minimalnych zasobów kadrowych, określone w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Natomiast dodatkowo, po upływie minimum 6 kolejnych miesięcy, licząc od pierwszego dnia realizacji umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez świadczeniodawcę, dyrektor Oddziału Funduszu dokonuje weryfikacji stawek ryczałtu na podstawie uzyskanych w tym czasie danych sprawozdawczych w stosunku do wszystkich podmiotów realizujących te świadczenia na danym obszarze. Ponadto, w dodawanym w § 12 ust. 12, doprecyzowano moment, od którego może zostać zastosowana nowo ustalona wysokość ryczałtu miesięcznego. Określono, że wysokość ryczałtu miesięcznego znajduje zastosowanie od miesiąca następującego po miesiącu, w którym dokonano przeliczenia. Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2022 r. poz. 787, z późn. zm.), został przedstawiony do konsultacji zewnętrznych, w ramach których został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach. Do niniejszego projektu nie zgłoszono uwag. Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 29 czerwca 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1828/Zarzadzenie-83_2023_DSM> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 82/2023/DGL PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 26 maja 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe | Zarządzenie stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.) zwanej dalej "ustawą o świadczeniach", na mocy którego Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zobowiązany jest do określenia przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe. Zarządzenie wprowadza zmiany w zarządzeniu Nr 31/2023/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 lutego 2023 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe (z późn. zm.), dostosowujące do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2023 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 maja 2023 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 29), wydanego na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 826).Najważniejsze zmiany dotyczą:1) brzmienia § 27 ust. 8 pkt 4, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;2) załącznika nr 1k do zarządzenia, określającego Katalog świadczeń i zakresów i polegają na: a) zmianie nazw zakresu o kodzie:- 03.0000.308.02 na Leczenie chorych na mięsaki tkanek miękkich,- 03.0000.335.02 na Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS),- 03.0000.388.02 na Leczenie pacjentów chorych na raka podstawnokomórkowego skóry ,b) usunięciu zakresów:- 03.0000.303.02 Leczenie nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST),- 03.0000.353.02 Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;3) załącznika nr 1l do zarządzenia, określającego Katalog ryczałtów za diagnostykę w programach lekowych i polegają na: a) zmianie nazwy świadczenia o kodzie:- 5.08.08.0000013 na Diagnostyka w programie leczenia chorych na mięsaki tkanek miękkich(trabektedyna),- 5.08.08.0000068 na Diagnostyka w programie leczenia chorych na mięsaki tkanek miękkich (pazopanib),- 5.08.08.0000044 na Diagnostyka w programie leczenia chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS),- 5.08.08.0000097 na Diagnostyka w programie leczenia pacjentów chorych na raka podstawnokomórkowego skóry,- 5.08.08.0000102 na Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe (piksanstron, polatuzumab, tafasytamab, ibrutynib) – 1 rok leczenia,- 5.08.08.0000116 na Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe (obinutuzumab, tafasytamab, ibrutynib) – 2 i kolejny rok terapii,- 5.08.08.0000145 na Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą białaczkę szpikową(midostauryna, gemtuzumab ozogamycyny, wenetoklaks, gliterytynib),b) dodaniu świadczeń o kodzie:- 5.08.08.0000205 Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą białaczkę szpikową (azacytydyna) – 1 rok terapii- 5.08.08.0000206 Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą białaczkę szpikową (azacytydyna) – 2 i kolejny rok terapii, c) usunięciu świadczeń o kodzie:- 5.08.08.0000060 Diagnostyka w programie leczenia wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki,- 5.08.08.0000111 Diagnostyka w programie leczenia nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) - leczenie choroby rozsianej lub nieoperacyjnej - 1 rok terapii,- 5.08.08.0000112 Diagnostyka w programie leczenia nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) - leczenie choroby rozsianej lub nieoperacyjnej - 2 i kolejny rok terapii,- 5.08.08.0000113 Diagnostyka w programie leczenia nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) - leczenie adjuwantowe,w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym,4) załącznika nr 1m do zarządzenia, określającego Katalog leków refundowanych stosowanych w programach lekowych i polegają na: a) dodaniu kodów GTIN dla substancji czynnych:- 5.08.09.0000001 Adalimumabum,- 5.08.09.0000013 Dasatynibum,- 5.08.09.0000018 Etanerceptum,- 5.08.09.0000023 Factor VIII coagulationis humanus recombinate,- 5.08.09.0000096 Ranibizumabum,- 5.08.09.0000119 Pirfenidonum,- 5.08.09.0000129 Ibrutinibum,- 5.08.09.0000187 Guselkumabum,- 5.08.09.0000264 Cabazitaxelum,- 5.08.09.0000265 Larotrectinibum,b) wykreśleniu kodów GTIN dla substancji czynnych:- 5.08.09.0000006 Bevacizumabum,- 5.08.09.0000057 Sorafenibum,- 5.08.09.0000117 Anakinrum,d) usunięciu substancji czynnych i kodów GTIN:- 5.08.09.0000019 Everolimusum,- 5.08.09.0000030 Imatinibum,- 5.08.09.0000058 Sunitinibum,d) dodaniu substancji czynnych i kodów GTIN:- 5.08.09.0000266 Azacitidine,- 5.08.09.0000267 Filgotinibum,- 5.08.09.0000268 Tafasitamabum,e) oznaczenie substancji czynnych o kodzie 5.08.09.0000096 Ranibizumabum oraz 5.08.09.0000264 Cabazitaxelum jako substancji, których średni koszt rozliczenia podlega monitorowaniu zgodnie z § 31 zarządzenia, f) usunięciu oznaczenia substancji czynnej o kodzie 5.08.09.0000057 Sorafenibum jako substancji, której średni koszt rozliczenia podlega monitorowaniu zgodnie z § 31 zarządzenia, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;5) załącznika nr 2t do zarządzenia, określającego Katalog refundowanych substancji czynnych w programach lekowych - substancje czynne zawarte w lekach czasowo niedostępnych w obrocie na terytorium RP i polegają na: a) usunięciu substancji o kodzie 5.08.07.0000105 tenofovirum disoproxilum – p.o., w związku z możliwością rozliczania udzielanych świadczeń do dnia 30 kwietnia 2023 r.,b) dodaniu substancji o kodzie 5.08.07.0000108 ponesimodum – p.o., na podstawie zgody Prezesa URPL nr UR/Z/4c/043/23 z dnia 22 marca 2023 r., decyzji Ministra Zdrowia nr RZ211219280/66W/69W z dnia 28 kwietnia 2023 r. oraz w związku z uwagą firmy Janssen-Cilag Polska Sp. z o.o.;6) załącznika nr 3 do zarządzenia, określającego Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu programów lekowych i polegają na: a) zmianie nazw zakresów: 03.0000.308.02, 03.0000.335.02 i 03.0000.388.02 analogicznie, jak wymieniono w pkt 2a uzasadnienia, b) zmianie wymagań dla programów:- B.35. Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS) w części zapewnienie realizacji badań,- B.71. Leczenie terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C w części zapewnienie realizacji badań,- B.88. Leczenie pacjentów chorych na raka podstawnokomórkowego skóry w częściach organizacja udzielania świadczeń oraz zapewnienie realizacji badań, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym,- B.40. Profilaktyka zakażeń wirusem RS w części zapewnienie realizacji badań, w związku z uwagą Konsultanta Krajowego w dziedzinie kardiologii dziecięcej,- B.143. Leczenie kwasem kargluminowym chorych z acyduriami organicznymi: propionową,metylomalonową i izowalerianową w części organizacja udzielania świadczeń, w związku z uwagami Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii metabolicznej oraz Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie,- B.144. Leczenie pacjentów z guzami litymi z fuzją genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK) w części organizacja udzielania świadczeń – pozostałe oraz pozostałe, w związku z uwagami zgłoszonymi przez Przewodniczącą Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Pacjentów z Guzami Litymi Wykazującymi Fuzję Genu NTRK, Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii metabolicznej oraz Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie, c) usunięciu wymagań dla programów:- B.3. Leczenie nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST),- B.53. Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;7) załącznika nr 4 do zarządzenia, określającego Wykaz programów lekowych i polegają na: a) zmianie nazwy programów lekowych dla zakresów: 03.0000.308.02, 03.0000.335.02 i 03.0000.388.02 analogicznie, jak wymieniono w pkt 2a uzasadnienia, b) dodaniu substancji czynnych:- tafasytamab, ibrutynib w programie lekowym B.12.FM. Leczenie chorych na chłoniaki B - komórkowe,- ryzankizumab, guselkumab w programie lekowym B.35. Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS),- filgotynib, ozanimod w programie lekowym B.55. Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG- cemiplimab w programie lekowym B.88. Leczenie pacjentów chorych na raka podstawnokomórkowego skóry,- azacytydyna w programie lekowym B.114. Leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową, c) usunięciu substancji czynnych:- sorafenib w programie lekowym B.5. Leczenie chorych na raka wątrobowokomórkowego,- sunitynib w programie lekowym B.8. Leczenie chorych na mięsaki tkanek miękkich,- sunitynib, sorafenib, ewerolimus w programie lekowym B.10. Leczenie pacjentów z rakiem nerki, d) usunięciu programów lekowych:- B.3. Leczenie nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST),- B.53. Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;8) załącznika nr 5 do zarządzenia, określającego Katalog współczynników korygujących stosowanych w programach lekowych i polegają na: a) zmianie nazwy programu lekowego dla zakresu 03.0000.335.02 analogicznie, jak wymieniono w pkt 2a uzasadnienia, b) zmianie nazwy świadczenia o kodzie 5.08.08.0000044 analogicznie, jak w pkt 3a uzasadnienia, c) usunięciu współczynnika korygującego dla substancji czynnej o kodzie 5.08.09.0000019 everolimusum, możliwego do stosowania w ramach zakresu o kodzie 03.0000.310.02 Leczenie pacjentów z rakiem nerki oraz w ramach zakresu o kodzie 03.0000.353.02 Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym, d) dodaniu w kol. 7 uwagi nr 3 o ograniczeniu możliwości rozliczania współczynnika korygującego dla substancji czynnej o kodzie 5.08.09.0000033 infliximabum w programie lekowym 03.0000.355.02 Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG) dla produktu o kodzie 5.08.08.0000062 do dnia 30 czerwca 2023 r., w związku ze wzrostem wartości punktowej od 1 marca 2023 r.;9) załącznika nr 9 do zarządzenia, określającego Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia biologicznego w chorobach reumatycznych oraz weryfikację jego skuteczności, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;10) załącznika nr 20 do zarządzenia, określającego Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia chorych na zaawansowanego raka podstawnokomórkowego oraz weryfikację jego skuteczności, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;11) załącznika nr 35 do zarządzenia, określającego Skład osobowy Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, w związku z wnioskiem Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego Pana Prof. dr hab. n. med. Mieczysława Walczaka;12) załącznika nr 40 do zarządzenia, określającego Skład osobowy Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu, w związku z wnioskiem Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego Pana Prof. dr hab. n. med. Mieczysława Walczaka;13) załącznika nr 45 do zarządzenia, określającego Skład osobowy Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Chorych na Raka Podstawnokomórkowego, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;14) załącznika nr 59 do zarządzenia, określającego Regulamin prac Zespołu Koordynacyjnego do spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;15) załącznika nr 70 do zarządzenia, określającego Regulamin prac Zespołu Koordynacyjnego do spraw Leczenia Chorych na Raka Podstawnokomórkowego, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący. Przepisy zarządzenia stosuje się do świadczeń udzielanych od 1 maja 2023 r., z wyjątkiem załącznika 2t do zarządzenia, określającego Katalog refundowanych substancji czynnych w programach lekowych, w zakresie lp. 3, który stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 22 marca 2023 r. Natomiast załącznik nr 5 do zarządzenia, określający Katalog współczynników korygujących stosowanych w programach lekowych, w zakresie produktu o kodzie 5.08.08.0000062 stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych do 30 czerwca 2023 r. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania. Wprowadzone zmiany wpisują się w kluczowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia cele określone w Strategii na lata 2019-2023 jak: (cel 2) poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz (cel 5) poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zasięgnął opinii właściwych konsultantów krajowych, a także zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ustawy o świadczeniach, zasięgnął opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców. W dniach od 28 kwietnia 2023 r. do 15 maja 2023 r. trwały konsultacje społeczne projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe. W trakcie konsultacji do projektu zarządzenia odniosło się 19 podmiotów, przy czym jedna uwaga została złożona po wyznaczonym terminie, a 9 podmiotów przekazało informację o braku uwag do projektu zarządzenia. Najważniejsze uwzględnione uwagi dotyczą:1) zmiany załącznika nr 2t do zarządzenia, określającego Katalog refundowanych substancji czynnych w programach lekowych poprzez dodanie nowego produktu o kodzie 5.08.07.0000108 ponesimodum – p.o. na podstawie na podstawie zgody Prezesa URPL nr UR/Z/4c/043/23 z dnia 22 marca 2023 r., decyzji Ministra Zdrowia nr RZ211219280/66W/69W z dnia 28 kwietnia 2023 r. oraz w związku z uwagą firmy Janssen-Cilag Polska Sp. z o.o.,2) zmiany załącznika nr 3 do zarządzenia, określającego Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu programów lekowych w zakresie wymagań dla programów: a) B.40. Profilaktyka zakażeń wirusem RS w części zapewnienie realizacji badań poprzez zmianę wymogu odnośnie zapewnienia realizacji badań hemodynamicznych na: nieinwazyjne badanie hemodynamiczne (dot. poradni/oddziału kardiologicznego dla dzieci/kardiochirurgicznego dla dzieci), w związku z uwagą Konsultanta Krajowego w dziedzinie kardiologii dziecięcej, b) B.143. Leczenie kwasem kargluminowym chorych z acyduriami organicznymi: propionową,metylomalonową i izowalerianową w części organizacja udzielania świadczeń poprzez dodanie komórek organizacyjnych o kodach: 1030 - poradnia endokrynologiczna, 4030 - oddział endokrynologiczny oraz 4031 - oddział endokrynologiczny dla dzieci, w związku z uwagami Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii metabolicznej oraz Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie, c) B.144. Leczenie pacjentów z guzami litymi z fuzją genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK) w części organizacja udzielania świadczeń – pozostałe poprzez zmianę zapisu na: zapewnienie dostępu do oddziału chirurgii onkologicznej lub chirurgii onkologicznej dla dzieci, lub chirurgii dziecięcej o profilu chirurgii onkologicznej oraz oddziału lub zakładu radioterapii, w związku z uwagą Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. | Wejście w życie 27 maja 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1822/Zarzadzenie-82_2023_DGL> |
| Zarządzenie | Projekt zarządzenia – Koordynowana opieka nad kobietą i dzieckiem - "Za Życiem" | Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2651, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach” oraz art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. z 2020 r. poz. 1329).  Przedmiotowa regulacja dotychczas określona była w zarządzeniu nr 138/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26.10.2022Nr w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”.  Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem dotyczą treści normatywnej, w której w § 3, ust 3. wprowadzono możliwość przystąpienia do realizacji KOC II/III przez podmiot, który co najmniej przez 2 poprzednie lata realizował umowę w zakresie KOC I i spełnia wymagania dla 2. albo 3. poziomu referencyjnego odpowiednio w zakresie położnictwa i ginekologii oraz neonatologii.  Zmiany te mają na celu zwiększenie dostępności do wysokokospecjalistycznych świadczeń z zakresu położnictwa i opieki nad noworodkiem w ramach realizacji zadań ustawy „Za życiem” .  Prognozowany roczny skutek finansowy wynosi ok 16 mln zł rocznie, przy zachowaniu dotychczasowej liczby porodów i cen punktu.  Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 787, z późn. zm.), został poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 14 dni. W ramach konsultacji projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach.  W ramach konsultacji ... podmiotów wyraziło opinię  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Uwagi do 12 czerwca 2023 r. | <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/projekty-zarzadzen/projekt-zarzadzenia-koordynowana-opieka-nad-kobieta-idzieckiem-za-zyciem,6839.html> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego „Recepta na Ruch” | Zbyt niska lub niewłaściwa aktywność fizyczna stanowi bardzo powszechny problem wśród Polaków. Zarzucenie aktywności fizycznej stanowi obciążenie dla całego organizmu, stając się dodatkowym czynnikiem ryzyka w kontekście chorób układu oddechowego, chorób układu krążenia, czy zwiększenia ryzyka wystąpienia nadwagi, otyłości, cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, ale również problemów w zakresie zdrowia psychicznego (obniżenie poczucia własnej wartości, ograniczenie dostępności zarówno do podstawowych potrzeb, jak i elementów życia społecznego, potęgujące uczucie osamotnienia i mogące prowadzić do stanów depresyjnych). Dodatkowym czynnikiem potęgującym obserwowane niekorzystne zjawiska jest niedostateczny dostęp do fizjoterapeutów, zarówno w zakresie aktywności fizycznej, zmiany w funkcjonowaniu i ergonomii dnia codziennego, jak i rehabilitacji po przebytych urazach, chorobach czy też w aktualnie dotykających świadczeniobiorcę jednostkach chorobowych.  Brak wystarczającej aktywności fizycznej w czasie pandemii COVID-19, spędzanie wielu godzin przed komputerem, stres i spożywanie między posiłkami miały negatywny wpływ na samopoczucie, zdrowie oraz sylwetkę Polaków . Okres pandemii COVID-19 spowodował w wielu krajach ofiary śmiertelne, ogromne straty materialne, pogłębił zjawisko nierówności społecznych w zdrowiu i skutki zdrowotne niedostatecznej aktywności fizycznej wszystkich grup społeczeństwa.  Celem programu pilotażowego jest ocena organizacji i efektywności objęcia świadczeniobiorców diagnostyką i profilaktyką w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych, w przypadku których jest zalecana aktywność fizyczna, uzupełniona o realizację indywidualnych programów treningowych i żywieniowych dostosowanych do możliwości i potrzeb świadczeniobiorcy. W projekcie rozporządzenia zaproponowano, aby programem pilotażowym zostali objęci świadczeniobiorcy, którzy ukończyli 25 rok życia. W ramach programu pilotażowego będą realizowane świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu określonego w art. 15 ust. 2 pkt 1, 2, 5 i 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zakres i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach programu pilotażowego, warunki ich organizacji, udzielania oraz sposób rozliczenia tych świadczeń, a także schemat postępowania ze świadczeniobiorcą zakwalifikowanym do programu pilotażowego określa załącznik do rozporządzenia.  Zakłada się, że okres realizacji programu pilotażowego obejmie:  1) etap realizacji programu pilotażowego, który trwa 24 miesiące od dnia wejścia w życie rozporządzenia;  2) etap ewaluacji programu pilotażowego, który trwa 3 miesiące od dnia zakończenia etapu realizacji programu pilotażowego.  Etap realizacji programu pilotażowego obejmuje:  1) zawarcie umów na realizację programu pilotażowego z Narodowym Funduszem Zdrowia, zwanym dalej „Funduszem”, nie później niż 6 miesięcy przed zakończeniem etapu realizacji programu pilotażowego;  2) realizację programu przez wybranych realizatorów programu pilotażowego;  3) monitorowanie przez Fundusz realizacji programu pilotażowego.  Realizatorem programu pilotażowego jest świadczeniodawca, który spełnia warunki organizacji i realizacji programu pilotażowego określone w załączniku do rozporządzenia oraz zawarł umowę z Funduszem na realizację programu pilotażowego. Podmiotem zobowiązanym do wdrożenia, finansowania, monitorowania i ewaluacji programu pilotażowego będzie Fundusz. Dokonuje on, w ramach etapu ewaluacji programu pilotażowego, o którym mowa w § 3 pkt 2 rozporządzenia, oceny wyników programu pilotażowego przez sporządzenie analizy wskaźników tego programu, określonych w § 8 projektu rozporządzenia i przekazuje tę ocenę ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.  Recepta na ruch to przede wszystkim zalecenia dotyczące określonego poziomu aktywności fizycznej wraz z odesłaniem do konkretnych treningów ruchowych przygotowywanych przez specjalistów w dziedzinie aktywności fizycznej z możliwością ich rozszerzenia o inne działania świadczeniobiorcy, z wykorzystaniem rozwiązań udostępnionych w aplikacji mojeIKP.  Udział w programie pilotażowym poprzedzony będzie oceną dotychczasowego poziomu aktywności fizycznej świadczeniobiorcy, stanu zdrowia i aktualnych możliwości.  Program pilotażowy będzie obejmował dwa moduły. Pierwszym są treningi stacjonarne prowadzone przez fizjoterapeutę. Drugim modułem jest praca własna świadczeniobiorcy, dla której narzędziem jest aplikacja mojeIKP. Dodatkowo świadczeniobiorca będzie miał dostęp do treści dotyczących przygotowanych dla niego zaleceń żywieniowych (które otrzyma zarówno w aplikacji, jak i od dietetyka) i innych treści dotyczących zdrowego żywienia i aktywności fizycznej.  Program pilotażowy będzie realizowany przez 3 cykle postępowania z świadczeniobiorcą, trwające w sumie 18 tygodni. Dobór zakresu działań i metod przez fizjoterapeutę będzie uzależniony od stanu zdrowia i bazowej wydolności organizmu świadczeniobiorcy (kondycji fizycznej).  Postęp osiąganych przez świadczeniobiorcę efektów będzie monitorowany, zarówno przez aplikację mojeIKP, jak i samego fizjoterapeutę przez cały okres realizacji projektu, zalecenia będą aktualizowane i dostosowywane w zależności od uzyskiwanych efektów. Dzięki udziałowi w projekcie świadczeniobiorca zyska dostęp do kompleksowego monitoringu kondycji i sprawności fizycznej, które wzmocnią odpowiedzialność za własne zdrowie w przyszłości.  Oczekuje się, że efektem podejmowanych działań w ramach programu pilotażowego będzie podniesienie poziomu aktywności fizycznej oraz adekwatne jej dostosowanie do potrzeb i możliwości świadczeniobiorcy, co przyczyni się w dalszej kolejności do ograniczenia wysokich kosztów społecznych, ale także kosztów, jakie ponosi rynek pracy w przypadku chorób już rozwiniętych oraz Fundusz w związku z ewentualnymi hospitalizacjami czy refundacją. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12372860/katalog/12977414#12977414> |
| Ustawa | Poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym (druk 3258) | projekt dotyczy wprowadzenia całkowitego zakazu sprzedaży napojów z dodatkiem tauryny i kofeiny osobom poniżej 18 roku życia; zakazu sprzedaży takich napojów na terenie szkół i innych jednostek oświatowych oraz ograniczenia reklamy tych napojów | Skierowano do I czytania w komisjach –  do Komisji Zdrowia | <https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/6227856DC85EB779C12589B80040AE5A/%24File/3258.pdf> |
| Ustawa | Poselski projekt ustawy o zawodzie dietetyka | Dotyczy utworzenia nowego zawodu regulowanego - dietetyka, który ma być samodzielnym zawodem medycznym; projekt określa warunki uzyskiwania prawa wykonywania tego zawodu, wymogi odnośnie kształcenia i doskonalenia zawodowego, zasady odpowiedzialności zawodowej oraz kreuje samorząd, do którego przynależność byłaby obligatoryjna | 15-05-2023 skierowany do opinii BL;  15-05-2023 skierowany do opinii BAS - zgodność z prawem UE;  19-05-2023 skierowany do konsultacji (SN, PG, NRA, KRRP, KIG, RMiŚP, RDS, FZZ, OPZZ, NSZZ"S", FPP, Lewiatan, BCC-ZP, ZRP, PRP, ZPiP, KRDL, KRF, NIA, NRL i NRPiP) | <https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/Projekty/9-020-1228-2023/$file/9-020-1228-2023.pdf> |
| Zarządzenie | Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 maja 2023 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw analizy radioterapii protonowej w Rzeczpospolitej Polskiej | Do zadań Zespołu należy opracowanie raportu zawierającego analizę radioterapii protonowej w Rzeczpospolitej Polskiej, w tym analizę zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne w zakresie radioterapii protonowej, biorąc pod uwagę epidemiologię oraz wskazania do stosowania tego rodzaju terapii. | Wejście w życie 13 maja 2023 r., traci moc z dniem 1 lipca 2023 r | <https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2023/35/akt.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 maja 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego | Opracowanie przedmiotowego projektu rozporządzenia, który dokonuje zmian w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 290, z późn. zm.), zwanym dalej „rozporządzeniem”, zostało podyktowane potrzebą zapewnienia dostępności do świadczeń:  1) elektrochemioterapii (ECT);  2) embolizacji tętniaków wewnątrzczaszkowych za pomocą wewnątrzworkowego urządzenia do embolizacji tętniaków wewnątrzczaszkowych (flow disruptor).  W celu rozwiązania problemu związanego z dostępnością dla świadczeniobiorców ww. świadczeń gwarantowanych rekomenduje się w przypadku:  1) elektrochemioterapii (ECT)  usunięcie warunku posiadania udokumentowanego doświadczenia w stosowaniu elektrochemioterapii (ECT), którego wskaźnikiem jest wykorzystanie elektrochemioterapii (ECT) w leczeniu przynajmniej 40 pacjentów rocznie potwierdzonego przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie onkologii klinicznej.  Dzięki tej zmianie więcej świadczeniodawców będzie mogło podpisać umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, zwanym dalej „NFZ”, co w efekcie zwiększy dostępność do świadczenia elektrochemioterapii (ECT) świadczeniobiorcom;  2) embolizacji tętniaków wewnątrzczaszkowych za pomocą wewnątrzworkowego urządzenia do embolizacji tętniaków wewnątrzczaszkowych (flow disruptor)  rozszerzenie wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.  Efektem wprowadzenia nowego świadczenia gwarantowanego będzie zapewnienie alternatywnego rozwiązania dla zabiegów endowaskularnych w chorobach naczyń mózgowych oraz leczenia umożliwiającego embolizację tętniaków mózgu za pomocą spiral, w leczeniu pacjentów z tętniakami wewnątrzczaszkowymi o szerokiej szyi. | Wejście w życie 24 maja 2023 r. | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000097801.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 maja 2023 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów | 1. Wdrożenie przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zmienionych i wprowadzonych ustawą z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1291, z późn. zm.), które weszły w życie w dniu 1 sierpnia 2022 r.  2. Potrzeba umożliwienia lekarzom posiadającym tytuł specjalisty w dziedzinie gastroenterologii dziecięcej odbywania szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie transplantologii. Ponadto w związku z dużym zapotrzebowaniem na lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, których niedobór okazał się szczególnie dotkliwy w związku konsekwencjami epidemii wirusa SARS-CoV-2, konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży oraz konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii wystąpili z postulatem dotyczącym umożliwienia lekarzom posiadającym tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii odbywania szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży na podstawie skróconego programu specjalizacji, który uwzględniać będzie wiedzę i umiejętności jakie posiada już lekarz pediatra.  3. Trudności z pozyskaniem chętnych do roli członków zespołów egzaminacyjnych przeprowadzających Państwowy Egzamin Specjalizacyjny.  Projektowane rozporządzenie realizuje delegację zawartą w art. 16x ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz wdraża zmiany w zakresie naboru i realizacji szkolenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy dentystów oraz uzyskania tytułu specjalisty, wprowadzone ustawą z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1291, z późn. zm.), które weszły w życie w dniu 1 sierpnia 2022 r., w tym w szczególności nowe zasady naboru na specjalizacje lekarskie i lekarsko dentystyczne.  Wprowadzane regulacje umożliwią lekarzom posiadającym tytuł specjalisty w dziedzinie gastroenterologii dziecięcej odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie transplantologii oraz umożliwią lekarzom posiadającym tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, na podstawie skróconego programu specjalizacji, który uwzględnia wiedzę i umiejętności jakie posiada już lekarz pediatra.  Proponuje się również ustalić wynagrodzenie przewodniczącego zespołu egzaminacyjnego przeprowadzającego Państwowy Egzamin Specjalizacyjny, zwany dalej „PES”, na kwotę 500 zł oraz wynagrodzenie członka zespołu egzaminacyjnego przeprowadzającego PES na kwotę 300 zł. | Wejście w życie 23 maja 2023 r. z mocą od dnia 1 lutego 2023 r | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000097501.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 maja 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych | Wykonanie u osoby dorosłej szczepienia przeciw grypie może przeprowadzić osoba wskazana w art. 19 ust. 5b ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, która posiada kwalifikacje, określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2018 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. z 2022 poz. 2172). Farmaceuci, na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2022 r. w sprawie kursów kwalifikacyjnych dla farmaceutów (Dz. U. z 2022 r. poz. 1860), uzyskali możliwość ukończenia kursu kwalifikacyjnego w zakresie szczepień przeciw COVID-19 i grypie, który literalnie nie został wymieniony w kwalifikacjach określonych w § 6 rozporządzenia z dnia 18 sierpnia 2018 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych, co aktualnie ogranicza możliwość wykonywania szczepień przeciw grypie u osób dorosłych tym farmaceutom, którzy ukończyli kurs kwalifikacyjny.  Zmiana rozporządzenia jest powiązana z nowelizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kursów kwalifikacyjnych dla farmaceutów (druk MZ 1462), która określa m. in. zakres problematyki kursów kwalifikacyjnych. Będą one obejmowały również problematykę dotyczącą przeprowadzania szczepienia ochronnego przeciw grypie u osoby dorosłej. Ze względu na ujęcie kursów kwalifikacyjnych dla farmaceutów w katalogu szkoleń uprawniających do przeprowadzania szczepienia na podstawie art. 19 ust. 5a ustawy, konieczne jest dodanie w § 6 w ust. 2 niniejszego rozporządzenia dokumentu potwierdzającego ukończenie kursu kwalifikacyjnego, o którym mowa w art. 75 ust. 1 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2022 r. poz. 1873), obejmującego problematykę w zakresie:  1) przeprowadzania badania kwalifikacyjnego w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania szczepienia przeciw COVID-19 oraz wykonywania szczepienia przeciw COVID-19;  2) przeprowadzania badania kwalifikacyjnego w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonywania szczepienia oraz wykonania szczepienia, do których farmaceuta jest uprawniony na podstawie art. 19 ust. 5a i 5b ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.  Zmiana rozporządzenia rozszerzy możliwość uzyskania kwalifikacji zawodowych dla farmaceutów, którzy wykonując szczepienie przeciw grypie u osoby dorosłej ukończyli kurs kwalifikacyjny, o którym mowa w art. 75 ust. 1 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty. | Wejście w życie 1 czerwca 2023 r. | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000095601.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 maja 2023 r. w sprawie wysokości opłaty za wpis do spisu ratowników medycznych | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wysokości opłaty za wpis do spisu ratowników medycznych stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 231 ust. 3 ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych – zwanej dalej „ustawą”.  Na mocy ustawy minister właściwy do spraw zdrowia został zobowiązany do powołania Komitetu Organizacyjnego Ratowników Medycznych, którego celem jest utworzenia struktur tego samorządu, które mają pozwolić na jego funkcjonowanie. Do czasu wyboru właściwych organów samorządu ratowników medycznych Komitet Organizacyjny Ratowników Medycznych będzie m.in. dokonywał wpisów do spisu ratowników medycznych prowadzonego na potrzeby przeprowadzenia wyborów delegatów na pierwszy Krajowy Zjazd Ratowników Medycznych oraz będzie prowadził spis ratowników medycznych.  Projektowane rozporządzenie określa wysokość opłaty za wpis do spisu ratowników medycznych, która będzie wynosiła 10,00 zł. | Wejście w życie 24 maja 2023 r. | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000095401.pdf> |
| Rozporządzenie | Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 maja 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie podziału kwoty środków finansowych w 2023 r. stanowiącej wzrost całkowitego budżetu na refundację | Potrzeba nowelizacji wynika z projektowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”, zmiany planu finansowego Funduszu na 2023 r., zakładającej zwiększenie całkowitego budżetu na refundację wynikające z szacunków Funduszu, w związku z:  1) procedowaną umową pomiędzy Ministrem Zdrowia i Prezesem Funduszu na finansowanie ze środków Funduszu Medycznego świadczeń w zakresie ratunkowego dostępu do technologii lekowych, której wartość jest większa od pierwotnie planowanej;  2) rozpoczęciem prac nad aneksowaniem umowy zwartej pomiędzy Ministrem Zdrowia i Prezesem Funduszu na finansowanie ze środków Funduszu Medycznego świadczeń w zakresie finansowania technologii lekowych o wysokiej wartości klinicznej oraz technologii lekowych o wysokim poziomie innowacyjności, której wartość nie była znana na etapie szacowania całkowitego budżetu na refundację na rok 2023;  3) ustawą z dnia 1 grudnia 2022 r. o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym oraz niektórych innych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2674), w której m.in. zwiększono limit środków pochodzących z Funduszu Medycznego na finansowanie zadań wchodzących w skład całkowitego budżetu na refundację, takich jak ratunkowy dostęp do technologii lekowych oraz technologie lekowe o wysokiej wartości klinicznej i technologie lekowe o wysokim poziomie innowacyjności;  4) wysokością środków ujętych w planie finansowym Funduszu Medycznego na rok 2023 na finansowanie leków w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych, większych od pierwotnie prognozowanych o 92 615 000 zł, oraz na technologie lekowe o wysokiej wartości klinicznej i technologie lekowe o wysokim poziomie innowacyjności, mniejszych od pierwotnie prognozowanych o 21 057 000 zł.  Minister Zdrowia jest obowiązany przez przepisy prawa, tj. przez art. 3 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych do wydania przedmiotowego rozporządzenia.  Rekomendowanym rozwiązaniem jest wprowadzenie zmiany w regulacji dotyczącej podziału kwoty środków finansowych stanowiącej wzrost całkowitego budżetu na refundację leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, tj. świadczeń gwarantowanych.  Jedynym narzędziem umożliwiającym realizację celu projektowanej regulacji jest podjęcie inicjatywy legislacyjnej. Nie jest możliwe uzyskanie oczekiwanego skutku przez działania pozalegislacyjne.  Wraz ze zwiększaniem całkowitego budżetu na refundację, wzrosną nakłady na refundację, umożliwiając tym samym sukcesywne zwiększenie dostępności pacjentów do świadczeń gwarantowanych. | Wejście w życie 19 maja 2023 e. | <https://dziennikustaw.gov.pl/D2023000094901.pdf> |
| Obwieszczenie | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 12 maja 2023 r. w sprawie wykazu dokumentów potwierdzających znajomość języka polskiego | ogłasza się wykaz dokumentów potwierdzających znajomość języka polskiego przez osobę, która posiada obywatelstwo polskie albo obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej – dotyczy lekarzy i lekarzy dentystów |  | <https://dziennikustaw.gov.pl/M2023000052401.pdf> |
| Obwieszczenie | Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 21 kwietnia 2023 r. w sprawie wykazów zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środka zabezpieczającego określonego w art. 93c pkt 1–3 Kodeksu karnego oraz podmiotów leczniczych przeznaczonych do wykonywania terapii wobec sprawców określonych w art. 93c Kodeksu karnego w zakresie działalności stacjonarnej | ogłasza się wykazy:  1) zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środka zabezpieczającego wobec sprawców określonych w art. 93c pkt 1–3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1138, z późn. zm.), w tym zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środka zabezpieczającego w postaci pobytu  w zakładzie psychiatrycznym, orzeczonego wobec skazanych za przestępstwa skierowane przeciwko wolności seksualnej, z uwzględnieniem warunków, o których mowa w art. 200 § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy, wraz z podaniem liczby łóżek;  2) podmiotów leczniczych przeznaczonych do wykonywania terapii wobec sprawców określonych w art. 93c ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny w zakresie działalności stacjonarnej, wraz z podaniem liczby łóżek. |  | <https://dziennikustaw.gov.pl/M2023000051501.pdf> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 81/2023/DSOZP REZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 23 maja 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie umów o realizację programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych | Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 128/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 grudnia 2018 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych stanowi wykonanie upoważnienia określonego w art. 48e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.) i ma na celu dostosowanie przepisów ww. zarządzenia do obowiązującego stanu prawnego, w związku z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 maja 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych (Dz. U. poz. 868).W związku z tym, iż ww. rozporządzeniem Ministra Zdrowia wykaz realizatorów pilotażu został rozszerzony o nowego realizatora programu pilotażowego, to tym samym dodany został (w zakresie § 5) przepis ust. 5 stanowiący, iż świadczeniodawca, który został dodany do wykazu realizatorów programu pilotażowego, określonego w załączniku do rozporządzenia po upływie terminu, o którym mowa w ust. 4, może złożyć wniosek o zawarcie umowy w terminie do 30 czerwca 2023 r. Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. | Wejście w życie 24 maja 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1818/Zarzadzenie-81_2023_DSOZ> |
| Zarządzenie | ZARZĄDZENIE NR 78/2023/DSOZP REZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 16 maja 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna | Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 79/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).Zmiany wprowadzone zarządzeniem wynikają z obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 23 lutego 2023 r. w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych, dla których zakup szczepionek został objęty finansowaniem (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 16), wprowadzającego od 1 czerwca 2023 r., jako szczepienie zalecane - szczepienie przeciw LUDZKIEMU WIRUSOWI BRODAWCZAKA (HPV) dziewcząt i chłopców w 12 i 13 roku życia, do ukończenia przez nich 14 roku życia, w schemacie 2-dawkowym.Dodatkowo, w celu zwiększenia dostępności do profilaktycznej opieki zdrowotnej dla uczniów szkół specjalnych, podjęto decyzję o zmianie współczynników korygujących stawkę kapitacyjną dla pielęgniarki/higienistki szkolnej w tych szkołach. Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Skutek finansowy dla wprowadzanych niniejszym zarządzeniem zmian: a) związanych ze zmianąwspółczynnikówkorygującychstawkękapitacyjnąrocznądotyczącą uczniów szkół specjalnych oszacowano na 22 095 783,36 zł, b) związanych z wykonaniem szczepień zalecanych wynosi od 14,4 mln w wariancie minimalnym do 30,3 mln w wariancie maksymalnym. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2023 r | Wejście w życie 1 czerwca 2023 r. | <https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1810/Zarzadzenie-78_2023_DSOZ> |
| Zarządzenie | Projekt zarządzenia - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna | Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn.zm.).  W porównaniu do dotychczasowego stanu prawnego, w zarządzeniu wprowadzono modyfikacje w następujących obszarach:  1) dodano nowe produkty dotyczące diagnostyki patomorfologicznej;  2) zmodyfikowano wykaz procedur w produktach rozliczeniowych dedykowanych diagnostyce podstawowej i rozszerzonej chorób reumatologicznych.  W świetle powyższego, dokonano następujących modyfikacji w przepisach zarządzenia Prezesa NFZ:  Ad. 1. Zgodnie z wytycznymi Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) z 20 kwietnia 2023 r. w załączniku nr 5c do zarządzenia dodano produkty rozliczeniowe:  • 5.05.00.0000108 dodatkowy koszt diagnostyki patomorfologicznej w AOS – materiał onkologiczny mały,  • 5.05.00.0000109 dodatkowy koszt diagnostyki patomorfologicznej w AOS – materiał onkologiczny specjalny  z określeniem zasad sprawozdawania i rozliczania przedmiotowych produktów.  Wprowadzenie dodatkowego finansowania badań patomorfologicznych ma na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń w ramach diagnostyki onkologicznej prowadzonej na rzecz pacjentów posiadających kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz umożliwienie pacjentom onkologicznym uzyskania świadczeń na najwyższym poziomie, dlatego produkty te dedykowane są dla świadczeniodawców, którzy uzyskali, na zasadach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 2135), certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia w zakresie działalności jednostki diagnostyki patomorfologii, będącej jednostką organizacyjną tego świadczeniodawcy.  Jednocześnie w treści normatywnej zarządzenia wskazano na konieczność posiadania niniejszego certyfikatu akredytacyjnego oraz określono zasady jednolitego trybu postępowania w oddziałach wojewódzkich Funduszu w zakresie umożliwiania świadczeniodawcom rozliczania dodatkowych kosztów diagnostyki patomorfologicznej przy tworzeniu indywidualnego pakietu świadczeń w umowach zawartych z Funduszem.  Ad. 2. W Charakterystyce Grup Ambulatoryjnych Świadczeń Specjalistycznych (załącznik nr 7 do zarządzenia), w części dotyczącej reumatologii, poprawiono oczywiste pomyłki w wykazie wskazanych procedur polegające na: usunięciu badania „O95 Żelazo (Fe)” z listy RDP 1 ponieważ jest także na liście RDP 2, zmiany procedury „89.52 Elektrokardiogram” na procedurę „89.522 Elektrokardiogram z 12 lub więcej odprowadzeniami (z opisem)” wskazaną w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.  Ponadto w treści normatywnej zarządzenia zmodyfikowano treść § 12 ust. 13 poprzez usunięcie przywołanej podstawy prawnej w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. poz. 650). Jednocześnie do czasu wejścia w życie przepisów wykonawczych, dotychczasowe rozporządzenie w sprawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, wydane na podstawie art. 32b ust. 5 ustawy o świadczeniach zachowuje moc, na podstawie art. 54 ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej.  Szacowany roczny skutek finansowy po stronie płatnika publicznego dla wprowadzonych zmian, w niniejszym zarządzeniu oraz zarządzeniu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne wynosi około 110,6 mln zł.  Przepisy zarządzenia mają zastosowanie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 czerwca 2023 r., symetrycznie z zarządzeniem w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.  Projekt przedmiotowego zarządzenia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2022 r. poz. 787, z późn. zm.), został przedstawiony do konsultacji zewnętrznych. W ramach konsultacji publicznych projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych), reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust.1 ustawy o świadczeniach. | Uwagi do 30 maja 2023 r. | <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/projekty-zarzadzen/projekt-zarzadzenia-ambulatoryjna-opieka-specjalistyczna,6838.html> |
| Zarządzenie | Projekt zarządzenia - onkologiczne świadczenia kompleksowe | Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), zwanej dalej "ustawą o świadczeniach".  Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 3/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych (z późn. zm.) wprowadza następujące zmiany w stosunku do obowiązującego stanu prawnego:  1. w § 2 w ust. 1 dodano pkt 11a i 12a, wprowadzając nowe pojęcia: „system KSO” oraz „ustawa o Krajowej Sieci Onkologicznej”. Przedmiotowe zmiany wynikają z wejścia w życie ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 650), zwanej dalej „ustawą o Krajowej Sieci Onkologicznej".  2. w § 18 zmieniona została wartość współczynnika korygującego z 1,05 na 1,15 oraz zakres świadczeń dla których ma on zastosowanie – ustalony współczynnik dotyczy produktów rozliczeniowych z załącznika nr 1on do zarządzenia, za wyjątkiem produktów rozliczeniowych:  a) 5.60.01.0000001 Materiał onkologiczny duży;  b) 5.60.01.0000002 Materiał śródoperacyjny;  c) 5.60.01.0000004 biopsja gruboigłowa (oligobiopsja) - badanie materiału z piersi (guz), węzeł chłonny;  d) 5.60.01.0000013 Materiał pooperacyjny.  Zmiany zostały wprowadzone w związku z rekomendacjami Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (pismo znak: WT.5403.13.2023.AS.2 z dnia 20 kwietnia 2023 r.), przekazanymi do wdrożenia przez Ministra Zdrowia (pismem znak: DLO.4024.27.2023.DK z dnia 28 kwietnia 2023 r.).  3. w załączniku nr 3, stanowiącym załącznik do niniejszego zarządzenia:  a) zaktualizowano przepisy dotyczące udzielania onkologicznych świadczeń kompleksowych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego – w części I w pkt 1.2 oraz w części II pkt 1.2 dodano podstawę prawną – art. 39 ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej. Przedmiotowe zmiany wynikają z wejścia w życie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej. Uprawnienia związane z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz zakres danych, które ona zawiera zostały określone w ustawie o Krajowej Sieci Onkologicznej. Jednocześnie nadal obowiązują regulacje art. 32a ustawy o świadczeniach dotyczące prawa świadczeniobiorcy do diagnostyki onkologicznej na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego bez skierowania;  b) zaktualizowano przepisy dotyczące parametrów jakościowych do oceny udzielania świadczeń – w części I w pkt 6 oraz w części II pkt 6 określono, że świadczeniodawca przekazuje do systemu KSO, w terminach wynikających z ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, dane o których mowa w art. 26 ust. 3 ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej w celu monitorowania jakości realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej w ramach opieki onkologicznej, w tym obliczania wskaźników jakości opieki onkologicznej. Aktualizacja przepisów dotyczących parametrów jakościowych do oceny udzielania świadczeń jest konsekwencją uchylenia art 32c ustawy o świadczeniach i uregulowania zasad i sposobu monitorowania jakości opieki onkologicznej w ustawie o Krajowej Sieci Onkologicznej.  Skutek finansowy dla wprowadzanych niniejszym zarządzeniem zmian wynosi 79,24 mln zł w skali roku.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.  Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy  o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 i 3a załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 787, z późn. zm.), zostanie poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 7 dni. Okres ten został skrócony z uwagi na słuszny interes stron.  Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 czerwca 2023 r.  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania. | Uwagi do 25 maja 2023 r. | <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/projekty-zarzadzen/projekt-zarzadzenia-onkologiczne-swiadczenia-kompleksowe,6837.html> |
| Zarządzenie | Projekt zarządzenia - leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne | Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.).  Niniejsze zarządzenie zmienia zarządzenie Nr 1/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne.  1. W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. poz. 650), zwanej dalej „ustawą o Krajowej Sieci Onkologicznej” w treści normatywnej w § 2 ust. 1 zarządzenia zmienianego w definicji Karty DiLO oraz rozporządzenia w sprawie Karty DiLO jak również w załączniku nr 3b i załączniku nr 2a - nr 5 do umowy zaktualizowano podstawę prawną. Jednocześnie do czasu wejścia w życie przepisów wykonawczych, dotychczasowe rozporządzenie w sprawie karty DILO wydane na podstawie art. 32b ust. 5 ustawy o świadczeniach zachowuje moc, na podstawie art. 54 ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej.  2. W związku z zakończeniem programu pilotażowego dotyczącego kompleksowych badań patomorfologicznych JGPato, w załączniku nr 1c do zarządzenia dodano produkty rozliczeniowe: 5.53.01.0001653 Dodatkowy koszt diagnostyki patomorfologicznej - materiał onkologiczny mały, 5.53.01.0001654 Dodatkowy koszt diagnostyki patomorfologicznej - materiał onkologiczny duży, 5.53.01.0001655 Dodatkowy koszt diagnostyki patomorfologicznej - materiał onkologiczny specjalny, 5.53.01.0001656 Dodatkowy koszt diagnostyki patomorfologicznej - materiał śródoperacyjny, których zakres (charakterystykę) określono w załączniku nr 7a do zarządzenia. Wartości poszczególnych produktów zostały określone na podstawie rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z 20 kwietnia 2023 r. (WT.5403.13.2023.AS.2). W wycenie uwzględniono koszty ww. produktów pomniejszone o wartość bazową, która odzwierciedla średnie koszty diagnostyki zawarte w koszcie świadczeń systemu Jednorodnych Grup Pacjentów. Wprowadzenie dodatkowego finansowania badań patomorfologicznych ma na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń w ramach diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz umożliwienie pacjentom onkologicznym uzyskania świadczeń na właściwym poziomie, dlatego produkty te dedykowane są dla świadczeniodawców, którzy uzyskali certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia w zakresie działalności jednostki w zakresie działalności jednostki diagnostyki patomorfologicznej będącej jednostką organizacyjną świadczeniodawcy. Przedmiotowe produkty zostały wprowadzone również do załącznika nr 3b do zarządzenia. Przepisy § 21 ust. 9 i 10 co do zasady ujednolicają tryb postępowania w oddziałach wojewódzkich Funduszu, zapewniając jednocześnie dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu możliwość dostosowania oddziałowych systemów informatycznych i przygotowania indywidualnego pakietu świadczeń dla świadczeniodawcy spełniającego warunek posiadania certyfikatu akredytacyjnego.  Skutek finansowy dla zmian w zakresie rozliczania produktów diagnostyki patomorfologicznej wynosi ok. 110,6 mln w skali roku.  Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 i 3a załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 787 z późn. zm.), zostanie poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 7 dni. Okres ten został skrócony z uwagi na słuszny interes stron. W ramach konsultacji projekt zostanie przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Krajowa Izba Fizjoterapeutów, Naczelna Rada Aptekarska) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach.  Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.  Przepisy zarządzenia, w brzmieniu wynikającym z niniejszego zarządzenia, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 czerwca 2023 r.  Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania. | Uwagi do 25 maja 2023 r. | <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/projekty-zarzadzen/projekt-zarzadzenia-leczenie-szpitalne-swiadczenia-wysokospecjalistyczne,6836.html> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz wzoru zlecenia naprawy | Projekt rozporządzenia nowelizuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2021 r. w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego (Dz. U. z 2021 r. poz. 2499 oraz z 2022 r. poz. 2713.), zwane dalej „rozporządzeniem”, wydane na podstawie w art. 38 ust. 7 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Projektowana nowelizacja ma na celu dostosowanie danych zawartych w zleceniu do uruchomienia systemu e-zleceń oraz uporządkowanie informacji zawartych w zleceniu.  Proponowana jest zmiana rozporządzenia wraz ze zmianą wzorów zlecenia i zlecenia naprawy stanowiących załączniki do rozporządzenia, ze względu na fakt, że nie istnieją alternatywne środki w stosunku do projektowanego rozporządzenia umożliwiające osiągnięcie zamierzonego celu.  Zmiany w § 2 w pkt 1, § 3 w pkt 1 oraz pkt 4 lit b rozporządzenia mają charakter porządkowy i polegają na przyjęciu jednolitej terminologii odnoszącej się do informacji zawartych na zleceniu, poprzez zastosowanie terminu „identyfikator zlecenia”.  Zmiany w § 2 w pkt 4 w lit. c oraz w § 3 w pkt 2 w lit c rozporządzenia określają konieczność wskazania rodzaju i numeru dokumentu uprawniającego do uzyskania przez pacjenta świadczeń opieki zdrowotnej, w każdym przypadku w którym potwierdzenie prawa do świadczeń następuje w sposób inny niż za pośrednictwem systemu eWUŚ (Elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców).  Zmianą w § 2 pkt 5 w lit a rozporządzenia wprowadzany jest obowiązek wpisania uzasadnienia medycznego przyznania większej liczby sztuk wyrobu medycznego w przypadku uprawnienia dodatkowego 47ZN, 47DN albo 47ZDN, o którym mowa w art. 47 ust. 1a i 1b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).  W zakresie informacji o osobie uprawnionej do wystawiania zleceń (zmiany w § 2 pkt 7 rozporządzenia) dodano informacje o numerze telefonu. W zmienianym § 2 w pkt 7a rozporządzenia dodano informacje o osobie upoważnionej przez osobę uprawnioną do wystawienia zlecenia, zgodnie z art. 41a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2022 r. poz. 1731, z późn. zm.) oraz art. 31b ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2022 r. poz. 1555). Poprzez dodanie w § 2 w pkt 8 lit. h rozporządzenia uwzględniono informacje o sposobie potwierdzania prawa do świadczeń oraz weryfikacji uprawnień, na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.  Zmianą w § 2 w pkt 9 lit. c rozporządzenia dodawana jest informacja dotycząca roku realizacji zlecenia. Zmianami w § 2 w pkt 13 w lit. a tiret trzecie oraz w § 3 w pkt 4 w lit. d rozporządzenia, w zakresie danych identyfikujących wyrób medyczny, dodawana jest informacja o niepowtarzalnym kodzie identyfikacyjnym wyrobu medycznego, o którym mowa w art. 27 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylenia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG. W przypadku braku niepowtarzalnego kodu indentyfikacyjnego wskazywany będzie numer seryjny wyrobu medycznego albo inny numer lub równoważny symbol jednoznacznie identyfikujący wyrób medyczny.  Zmianą w § 3 pkt 3 rozporządzenia uszczegółowiono, iż w zakresie informacji o posiadaniu uprawnień dodatkowych należy podać kod tytułu uprawnienia dodatkowego oraz dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienie dodatkowe. W zakresie informacji dotyczących weryfikacji zlecenia naprawy wyrobu medycznego, o których mowa w § 3 w pkt 5 rozporządzenia, dodano informację o okresie wydłużenia okresu użytkowania wyrobu medycznego oraz informację o sposobie potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto w § 3 w pkt 6 rozporządzenia określono, iż zlecenie zawierać będzie potwierdzenie udzielenia pacjentowi informacji o wydłużeniu okresu użytkowania wyrobu medycznego proporcjonalnie do wykorzystanej części limitu naprawy, z zaokrągleniem w dół do pełnego miesiąca w przypadku dokonania naprawy i wykorzystania części lub całości limitu naprawy. Tym samym zrezygnowano z obowiązku składania przez pacjenta czytelnego podpisu potwierdzającego zapoznanie się z informacją o wydłużeniu okresu użytkowania wyrobu medycznego. | Komisja prawnicza | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12370251/12957045/12957046/dokument610647.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wymagań zdrowotnych dla kandydata na dawcę komórek rozrodczych w celu dawstwa partnerskiego i dawstwa innego niż partnerskie oraz dla biorczyni komórek rozrodczych i zarodków oraz szczegółowych warunków pobierania komórek rozrodczych w celu zastosowania w procedurze medycznie wspomaganej prokreacji | Przedmiotem projektowanej regulacji jest ujednolicenie terminu pobierania próbek krwi od dawców komórek rozrodczych określonego w §2 ust. 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2015 r. w sprawie wymagań zdrowotnych dla kandydata na dawcę komórek rozrodczych w celu dawstwa partnerskiego i dawstwa innego niż partnerskie oraz dla biorczyni komórek rozrodczych i zarodków oraz szczegółowych warunków pobierania komórek rozrodczych w celu zastosowania w procedurze medycznie wspomaganej prokreacji (Dz. U. poz. 1718) z pkt 4.2. załącznika III do dyrektywy 2006/17/WE w brzmieniu nadanym dyrektywą Komisji 2012/39/UE z dnia 26 listopada 2012r. zmieniającą dyrektywę 2006/17/WE w odniesieniu do niektórych wymagań technicznych dotyczących badania tkanek i komórek ludzkich (Dz. Urz. UE. L Nr 327, str. 24).  Zmiana rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2015 r. w sprawie wymagań zdrowotnych dla kandydata na dawcę komórek rozrodczych w celu dawstwa partnerskiego i dawstwa innego niż partnerskie oraz dla biorczyni komórek rozrodczych i zarodków oraz szczegółowych warunków pobierania komórek rozrodczych w celu zastosowania w procedurze medycznie wspomaganej prokreacji (Dz. U. poz. 1718), polegająca na zmianie § 2 ust. 6 w zakresie terminu wykonywania badań u dawców komórek rozrodczych.  W obowiązującym porządku prawnym badania należy wykonać na próbce pobranej w okresie trzech miesięcy od pierwszego pobrania komórek rozrodczych, natomiast przepisy dyrektywy nakładają obowiązek wykonania badań na próbce pobranej w terminie trzech miesięcy przed pierwszym oddaniem komórek rozrodczych. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//516/12372555/12975617/12975618/dokument621990.pdf> |
| Ustawa | Projekt ustawy o krwiodawstwie i krwiolecznictwie | Podstawowymi problemami w zakresie regulacji odnoszącej się do krwiodawstwa i krwiolecznictwa są:  1) brak zasad zagospodarowania osocza wykorzystywanego do produkcji krwiopochodnych produktów leczniczych, brak możliwości wytwarzania krwiopochodnych produktów leczniczych z osocza pobranego od rodzimych dawców (co zostało zasygnalizowane w 2015 r. w raporcie Najwyższej Izby Kontroli pt. Funkcjonowanie systemu krwiodawstwa i krwiolecznictwa Nr ew. 167/2014/P/13/166/LOP); powyższe powoduje ograniczoną dostępność do krwiopochodnych produktów leczniczych dla pacjentów;  2) brak kompleksowego, wieloaspektowego i scentralizowanego nadzoru nad systemem publicznej służby krwi. Obecnie nadzór powierzony jest ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz dwóm jednostkom, które nadzorują wyodrębnione obszary systemu: obszarem organizacyjnym zajmuje się Narodowe Centrum Krwi, zwane dalej „NCK”, a merytorycznym Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, zwany dalej „Instytutem”. Uregulowanie organizacji publicznej służby krwi, określenie struktury całego systemu służby krwi oraz hierarchii i kompetencji poszczególnych jednostek wchodzących w jej skład, a przede wszystkim usankcjonowanie NCK jako jednostki właściwej do pełnienia roli koordynatora gospodarki osoczem jest niezbędne do prawidłowego i bezpiecznego dla pacjenta i dawcy krwi, funkcjonowania służby krwi oraz gospodarki produktami krwiopochodnymi.  Ponadto:  1) brak jest jednolitych zasad zwrotu kosztów dojazdu dla Honorowych Dawców Krwi we wszystkich regionalnych centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Obecnie każde centrum rozlicza koszt dojazdu Dawcy na podstawie wewnętrznych zarządzeń, ustalając własne zasady zwrotu;  2) istnieją trudności związane z usprawiedliwieniem nieobecności w pracy w dniu oddania krwi i jej składników przez dawców pracujących na zmiany, w szczególności nocne;  3) brak jest dostatecznej liczby średniego personelu medycznego mającego kwalifikacje do przetaczania krwi i jej składników;  4) brak jest możliwości wykonywania przetoczeń krwi i jej składników przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego oraz lotnicze zespoły transportu sanitarnego w trakcie transportu „międzyszpitalnego”, co skutkuje koniecznością przerwania przetoczenia na czas transportu, co w konsekwencji naraża zdrowie a nawet życia pacjentów, będących w ciężkim albo bardzo ciężkim stanie.  Wskazane powyżej zmiany mają najbardziej doniosłe znaczenie, w pozostałym zakresie projekt utrzymuje bądź doprecyzowuje dotychczasowe rozwiązania w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa, w obecnie obowiązującej ustawie z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1749, z późn. zm.).  1. Określenie jasnych zasad gospodarowania osoczem oraz produktami krwiopochodnymi  W projektowanej ustawie proponuje się powołanie Narodowego Frakcjonatora Osocza, zwanego dalej: „NFO”, który będzie wytwarzał poszczególne produkty krwiopochodne, obecnie brakujące na rynku. Do czasu rozpoczęcia produkcji, co nastąpi za ok. 6 lat NFO będzie, na podstawie decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia:  1) zbywać osocze w drodze konkursu albo  2) wybierze wykonawcę usługowego frakcjonowania w drodze konkursu albo przetargu publicznego.  W projekcie ustawy NFO działać będzie jako państwowa osoba prawna. Powołanie państwowej osoby prawnej wynika przede wszystkim z konieczności zapewnienia dostępności leków krwiopochodnych, szczególnie tych deficytowych (immunoglobuliny, albuminy), gdyż ich dostępność może być zagrożona, na co wskazują obserwowane ograniczenia w dostępie do immunoglobulin w wielu krajach europejskich.  Należy zauważyć, że na etapie analiz rozważano dwa modele powstania takiej instytucji. Pierwszy model zakładał partnerstwo publiczno-prywatne, drugi państwową osobę prawną. Obydwa te modele z punktu widzenia przepisów UE z zakresu pomocy publicznej są dopuszczalne. Mając jednak na względzie zapewnienie bezpieczeństwa państwa w zakresie dostępu do produktów krwiopochodnych i frakcjonowanego osocza, uznano że powołanie państwowej osoby prawnej jest rozwiązaniem najbardziej efektywnym, gwarantującym osiągnięcie założonych efektów.  Ponadto, projekt ustawy nakłada na podmioty lecznicze obowiązek wprowadzania do systemu obrotu produktami krwiopochodnymi, prowadzonego przez NCK, zapotrzebowań na produkty krwiopochodne. Rozwiązanie to, jak również stworzenie sytemu informatycznego obrotu produktami krwiopochodnymi, ma zapewnić nadzór nad prawidłowym obrotem produktami krwiopochodnymi.  Ponadto proponuje się wprowadzenie ustawowego obowiązku uzyskiwania przez centra krwiodawstwa zgody dawcy krwi na oddanie krwi, w tym na zbycie krwi i jej składników w celu przetworzenia w krwiopochodne produkty lecznicze ratujące życie i zdrowie pacjentów.  Zakłada się, iż usługowe frakcjonowanie będzie pierwszym krokiem w kierunku powstania krajowej fabryki frakcjonowania osocza.  2. Wprowadzenie kompleksowego, wieloaspektowego i scentralizowanego nadzoru nad krwiodawstwem i krwiolecznictwem  Projekt ustawy zakłada wzmocnienie nadzoru nad krwiodawstwem i krwiolecznictwem przez szczegółowy podział zadań w zakresie nadzoru merytorycznego i organizacyjnego pomiędzy Instytut a NCK.  Do zasadniczych zmian systemowych należy powołanie jednej instytucji nadzorującej system krwiodawstwa i krwiolecznictwa. W ocenie projektodawcy właściwą jednostką w tym zakresie jest NCK, która integruje działalność funkcjonującego NCK oraz Instytutu. Obecnie NCK działa jako jednostka budżetowa podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i wykonuje część zadań, które w projekcie ustawy są przypisane do NCK działającego jako państwowa osoba prawna. Do zadań NCK należeć będzie nadzór nad gospodarką osoczem oraz obrotem produktami krwiopochodnymi, koordynacja wspólnych postępowań na zakup towarów i usług na rzecz centrów krwiodawstwa oraz realizacja usług wspólnych, przeprowadzanie konkursu na sprzedaż osocza, które nie spełnia wymagań frakcjonatora, a także kontynuacja wszystkich zadań, które NCK obecnie realizuje jako jednostka podległa Ministrowi Zdrowia (z wyłączeniem postępowań na zakup i dostawę produktów leczniczych dla chorych na hemofilie i pokrewne skazy krwotoczne), a także realizacja części zadań wykonywanych obecnie przez Instytut, przy czym zadania (merytoryczne), które wymagają dostępu do bazy laboratoryjnej w dalszym ciągu będą wykonywane przez Instytut.  3. Doprecyzowanie uprawnień dawców krwi  Wskazanie, że czas zwolnienia od pracy, zwolnienia od zajęć służbowych w dniu, w którym Dawca oddaje krew i w dniu następnym oraz obejmuje również zmianę, która zaczęła się tego dnia, w którym oddano krew i jej składniki albo obejmuje całą dobę.  4. Umożliwienie wykonywanie przetoczeń przez ratowników medycznych i perfuzjonistów  Umożliwienie ratownikom medycznym i perfuzjonistom wykonywania zabiegów przetaczania krwi i jej składników po odbyciu specjalistycznych szkoleń wskazanych w projekcie.  5. Wprowadzenie możliwości wykonywania przetoczeń „międzyszpitalnych” przez Lotnicze Pogotowie Ratunkowe  Wprowadzenie przepisów umożliwiających przetaczanie krwi i jej składników przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego oraz lotnicze zespoły transportu sanitarnego w trakcie transportu „międzyszpitalnego”.  Rekomendowane rozwiązania mają przede wszystkim na celu zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, kompleksowego uregulowania krwiodawstwa i krwiolecznictwa ze szczególnym uwzględnieniem wieloaspektowego nadzoru i kontroli przez jasny podział kompetencji podmiotów tworzących publiczną służbę krwi. Z uwagi na wielość zmian zdecydowano o opracowaniu nowej ustawy a nie wprowadzeniu nowelizacji dotychczas obowiązującej. | Konsultacje publiczne | <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//2/12370103/12956452/12956453/dokument609943.pdf> |
| Rozporządzenie | Projekt rozporządzenia Rady Ministrów zmieniającego rozporządzenie w sprawie wysokości wynagrodzenia konsultantów krajowych i wojewódzkich | Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 1 czerwca 2011 r. w sprawie wysokości wynagrodzenia konsultantów krajowych i wojewódzkich (Dz. U. poz. 736) stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2022 r. poz. 2524).  Zgodnie z aktualnym brzmieniem rozporządzenia konsultant krajowy w dziedzinie określonej w wykazie specjalności lekarskich i lekarsko-dentystycznych jako podstawowa dziedzina medycyny, w rozumieniu przepisów o specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów, oraz konsultant krajowy w dziedzinie farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa otrzymuje wynagrodzenie roczne w wysokości nie wyższej niż 15.312 zł, natomiast konsultant krajowy w dziedzinie określonej w wykazie specjalności lekarskich jako szczegółowa dziedzina medycyny, w rozumieniu przepisów o specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów, oraz konsultant krajowy w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, otrzymuje wynagrodzenie roczne w wysokości nie wyższej niż 7.656 zł. Natomiast konsultanci wojewódzcy otrzymują wynagrodzenie roczne w wysokości nie wyższej niż połowa wynagrodzenia konsultantów krajowych, tj. odpowiednio 7.656 zł oraz 3.828 zł.  Wysokość wynagrodzenia konsultantów na przestrzeni 13 lat obowiązywania rozporządzenia nie była aktualizowana. W wyniku upływu czasu wartość wynagrodzenia, które otrzymują konsultanci w stosunku do zakresu obowiązków uległa znacznemu obniżeniu.  Na konsultantów krajowych nałożono dodatkowe obowiązki związane z prowadzonym nadzorem nad stroną merytoryczną doskonalenia zawodowego i szkolenia specjalizacyjnego lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne mające zastosowanie w ochronie zdrowia, w szczególności w związku ze zwiększoną liczbą osób biorących udział w tych formach kształcenia. Natomiast konsultanci wojewódzcy, dodatkowo weryfikują, na wniosek wojewody, odbycie szkolenia specjalizacyjnego.  Aktualne rozporządzenie wyodrębnia 2 stawki wynagrodzenia, co nie odpowiada zróżnicowaniu obowiązków realizowanych przez konsultantów w poszczególnych dziedzinach.  Projektowane rozporządzenie przewiduje zmianę wynagrodzenia dla konsultantów w dziedzinach lekarskich. Proponuje się wprowadzenie 3 progów wynagrodzeń:  1) pierwszy próg z najwyższym wynagrodzeniem dla konsultantów krajowych w priorytetowych dziedzinach medycyny określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz. U. poz. 2814),  2) drugi próg dla konsultantów krajowych w pozostałych dziedzinach specjalizacji lekarskich i lekarsko dentystycznych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2020 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. poz. 1566, z późn. zm.),  3) trzeci próg dla konsulatów krajowych w dziedzinach farmacji, w innych dziedzinach mających zastosowanie ochronie zdrowia oraz w dziedzinach pielęgniarstwa i położnictwa których wysokość została ustalona z wykorzystaniem wielokrotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w trzecim kwartale 2022 roku, ogłoszonego w drodze obwieszczenia Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 20 października 2022 r.  Najwyższe wynagrodzenie przyznane zostało konsultantom w priorytetowych dziedzinach medycyny w związku z największym zakresem obowiązków wynikających z pełnionej funkcji oraz podkreślenia znaczenia tych dziedzin dla prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.  Zróżnicowanie wynagrodzenia dla konsultantów krajowych w dziedzinach lekarskich i lekarsko dentystycznych względem pozostałych dziedzin wynika w szczególności z dodatkowych obowiązków związanych ze sprawozdawczością zapotrzebowania na zasoby kadrowe, które składane są przez tych konsultantów dwa razy do roku na 45 dni przed postępowaniem specjalizacyjnym.  Zgodnie z powyższą propozycją, wynagrodzenie roczne dla konsultanta krajowego w dziedzinie priorytetowej medycyny ustalono w oparciu o 3,5 krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw zaokrąglone do pełnych tys. zł w dół tj. w wysokości nie wyższej niż 23.000 zł.  Konsultanci krajowi w pozostałych dziedzinach specjalności lekarskich i lekarsko dentystycznych, w rozumieniu przepisów o specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów będą otrzymywać wynagrodzenie roczne ustalone w oparciu o 3 krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw zaokrąglone do pełnych tys. zł w dół tj. w wysokości nie wyższej niż 20.000 zł.  Konsultanci krajowi w dziedzinach farmacji, w innych dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia oraz w dziedzinach pielęgniarstwa i położnictwa będą otrzymywać wynagrodzenie roczne ustalone w oparciu o 2,5 krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw zaokrąglone do pełnych tys. zł w górę tj. w wysokości nie wyższej niż 17.000 zł.  Zaokrąglenie wartości do pełnych tysięcy wyliczonych jako wielokrotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia GUS zostało zastosowane dla ułatwienia komunikacji z konsultantami oraz kandydatami na konsultantów a także prezentowania danych finansowych. | Planowany termin przyjęcia projektu przez RM:  II kwartał 2023 r. | <https://www.gov.pl/web/premier/projekt-rozporzadzenia-rady-ministrow-zmieniajacego-rozporzadzenie-w-sprawie-wysokosci-wynagrodzenia-konsultantow-krajowych-i-wojewodzkich> |