



DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 20 grudnia 2018 r.

Poz. 2376

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 12 grudnia 2018 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego

Na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 2295 oraz z 2018 r. poz. 2012 i 2013) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w § 2:
 - a) po pkt 11 dodaje się pkt 11a w brzmieniu:

„11a) opiekun medyczny – osoba, która:

 - a) rozpoczęła przed dniem 1 września 2012 r. i ukończyła zasadniczą szkołę zawodową publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej oraz uzyskała dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny lub
 - b) rozpoczęła po dniu 31 sierpnia 2012 r. i ukończyła kwalifikacyjny kurs zawodowy oraz uzyskała świadectwo lub dyplom potwierdzający kwalifikacje w zawodzie opiekun medyczny, lub
 - c) ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej oraz uzyskała dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny;”
 - b) w pkt 14 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 15 w brzmieniu:

„15) sekretarka medyczna – osoba, która posiada co najmniej wykształcenie średnie i realizuje zadania zlecone przez lekarza, w tym związane z prowadzeniem dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.”;
- 2) w § 3:
 - a) w ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) świadczenia scharakteryzowane:

 - a) procedurami medycznymi określonymi w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia,
 - b) rozpoznaniem określonymi w części II załącznika nr 1 do rozporządzenia,
 - c) rozpoznaniem opisanymi numerami ORPHA, w przypadku chorób rzadkich;”
 - b) dodaje się ust. 4 w brzmieniu:

„4. Świadczeniodawca może wziąć pod uwagę zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, które zostały ogłoszone na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy.”;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1515, 1532, 1544, 1552, 1669, 1925 i 2192.

3) w § 5 dodaje się ust. 6 i 7 w brzmieniu:

„6. Świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji, hospitalizacji planowej lub leczenia jednego dnia może, w celu zapewnienia właściwej opieki oraz organizacji pracy, zatrudnić:

- 1) opiekuna medycznego;
- 2) ratownika medycznego;
- 3) sekretarkę medyczną.

7. Liczba i kwalifikacje personelu, o którym mowa w ust. 6, są ustalane przez świadczeniodawcę, z uwzględnieniem:

- 1) profili i specyfiki oraz intensywności pracy komórek organizacyjnych;
- 2) liczby i bieżącego wykorzystania łóżek;
- 3) wielkości i warunków lokalowych komórek organizacyjnych.”;

4) w załączniku nr 4 do rozporządzenia:

a) w lp. 36 w części:

– „Zakres świadczenia” w kolumnie nr 4:

– – pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) leczenie zachowawcze lub inwazyjne, lub diagnostyka inwazyjna zawału serca zgodnie z warunkami realizacji świadczeń określonymi w części I lp. 24 załącznika nr 3 i lp. 7 załącznika nr 4, zwanych dalej „świadczeniami szpitalnymi”, obejmujące zgodnie ze stanem klinicznym pacjenta ukończenie procesu rewaskularyzacji naczyń wieńcowych; w przypadku konieczności wynikającej ze stanu klinicznego pacjenta – zabieg kardiochirurgiczny;”;

– – w pkt 3 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„wizyta koordynująca (kontrolna) w terminie do 14 dni od wypisu z oddziału, w ramach której są wykonywane;”;

– „Pozostałe wymagania” w kolumnie nr 4 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. Świadczeniodawca realizujący świadczenie mierzy i ocenia następujące wskaźniki:

- 1) odsetek pacjentów, którzy ukończyli rehabilitację kardiologiczną, oraz powody rezygnacji z rehabilitacji kardiologicznej [%];
- 2) odsetek pacjentów, u których przeprowadzono pełną rewaskularyzację, oraz powody niewykonania pełnej rewaskularyzacji;
- 3) odsetek pacjentów z frakcją wyrzutową lewej komory <35%, u których implantowano właściwy system ICD lub CRT-D, oraz powody niewykonania implantacji;
- 4) odsetek pacjentów, którzy rzucili palenie [%] – potwierdzone testem;
- 5) odsetek pacjentów ze stężeniem LDL <1,8 mmol/l [<70 mg%] [%];
- 6) odsetek pacjentów z ciśnieniem tętniczym <140/90 mmHg [%];
- 7) odsetek pacjentów z poziomem hemoglobiny glikowanej <7% lub stężeniem glukozy na czczo <7,0 mmol/l [<126 mg%] [%];
- 8) odsetek pacjentów ze wskaźnikiem BMI <30 kg/m² [%].”;

b) dodaje się lp. 45 w brzmieniu określonym w załączniku do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2019 r.

Minister Zdrowia: *Ł. Szumowski*

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 12 grudnia 2018 r. (poz. 2376)

45	Profilaktyczne usunięcie jajników i jajowodów redukujące ryzyko raka jajników i jajowodów u nosicieli patogenicznych mutacji w genach BRCA1/BRCA2	Wymagania formalne Warunki kwalifikacji do świadczenia Zakres świadczenia Personel	- Świadczeniodawca posiada w strukturze podmiotu leczniczego w lokalizacji: - oddział o profilu ginekologia onkologiczna; - blok operacyjny; - OAI. - Świadczeniodawca udziela świadczenia świadczeniobiorcy, który spełnia warunki kwalifikacji do świadczenia, bez względu na jego wiek. Warunki kwalifikacji do świadczenia - Świadczenie jest udzielane świadczeniobiorcy z rozpoznaniem patogenicznej mutacji konstytucyjnej w genach BRCA1/BRCA2, który wyraził świadomą zgodę na zabieg i względem którego pozytywną opinię w sprawie zasadności wykonania zabiegu wyraził wielodyscyplinarny zespół. - Kwalifikacja może nastąpić wyłącznie na podstawie wyniku badania genetycznego stwierdzającego obecność mutacji patogenicznej BRCA1/BRCA2, potwierdzonego w badaniu materiału biologicznego z drugiego niezależnego pobrania. Zakres świadczenia Świadczenie obejmuje: - procedurę profilaktycznego usunięcia jajników i jajowodów; - znieczulenie do zabiegu; - opiekę przed- i pooperacyjną. Personel W trakcie zabiegu: - dwoch lekarzy specjalistów w dziedzinie ginekologii onkologicznej, z których każdy przeprowadził co najmniej 50 samodzielnych procesów leczniczych (każdy z zakresu ginekologii onkologicznej) w okresie ostatnich 24 miesięcy, lub - lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii onkologicznej oraz lekarz specjalista w dziedzinie ginekologii onkologicznej, z których każdy przeprowadził co najmniej 50 samodzielnych procesów leczniczych (każdy z zakresu ginekologii onkologicznej) w okresie ostatnich 24 miesięcy; - pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego, lub posiadająca co najmniej dwuletnie udokumentowane doświadczenie w instrumentowaniu do zabiegów; - lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii; - pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.
----	--	--	--

			Histopatologiczne badanie śródoperacyjne – dostęp.
	Zapewnienie realizacji badań	Organizacja udzielania świadczeń	1. Do świadczenia kwalifikuje wielodyscyplinarny zespół, w skład którego wchodzi: psycholog, lekarz specjalista z dziedziny genetyki klinicznej, lekarz specjalista z dziedziny onkologii klinicznej oraz lekarz specjalista z dziedziny chirurgii onkologicznej lub ginekologii onkologicznej. 2. Wielodyscyplinarny zespół kwalifikujący do świadczenia, przy ocenie wieku, w jakim należy wykonać świadczenie profilaktycznego usunięcia jajników i jajowodów, bierze pod uwagę: 1) typ mutacji; 2) preferencje świadczeniobiorcy kwalifikowanego do świadczenia; 3) plany prokreacyjne świadczeniobiorcy kwalifikowanego do świadczenia; 4) wywiad rodzinny. 3. Wielodyscyplinarny zespół kwalifikujący do świadczenia wydaje opinię w oparciu o: 1) wynik badania rezonansu magnetycznego piersi oraz jajników i jajowodów (nie starszy niż 12 miesięcy); 2) oznaczenie antygenu CA125 (nie starsze niż 6 miesięcy). 4. Wielodyscyplinarny zespół podczas posiedzenia przeprowadza rozmowę ze świadczeniobiorcą kwalifikowanym do świadczenia, celem wydania opinii w sprawie zasadności wykonania zabiegu, mając na względzie preferencje świadczeniobiorcy kwalifikowanego do świadczenia.