

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 2017 r.

**zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu
ambulatoryjnej opieki specjalistycznej**

Na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357 i 2164) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w załączniku nr 1 po lp. 65 dodaje się lp. 66, 67 i 68 w brzmieniu określonym w załączniku nr 1 do niniejszego rozporządzenia;
- 2) w załączniku nr 2
 - 1) część VI. Świadczenia Tomografii Komputerowej otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego rozporządzenia;
 - 2) część VIII. Świadczenia Rezonansu Magnetycznego otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 3 do niniejszego rozporządzenia;
- 3) załącznik nr 4 otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 4 do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. 1. Świadczeniodawcy niespełniający w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia wymagań, o których mowa w załączniku nr 2 do rozporządzenia, o którym mowa w § 1 ust. 2, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, realizują świadczenia

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2016 r. poz. 1807, 1860, 1948, 2138, 2173 i 2250 oraz z 2017 r. poz. 60, 759, 777, 844 i 858.

opieki zdrowotnej na dotychczasowych warunkach przez okres, na jaki zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie dłużej jednak niż do dnia 1 lipca 2018 r.

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

MINISTER ZDROWIA

**Za zgodność pod względem
prawnym i redakcyjnym**

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Prawnego

Maria Łaniewska
radca prawny

M. 05.141

M.C.

M.B.W.

Za zgodność pod względem merytorycznym
Jakubowski

Uzasadnienie

Projekt rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.).

Projekt rozporządzenia wprowadza zmiany w załączniku nr 1 „Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku porad specjalistycznych oraz warunki ich realizacji” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357 i 2164), zwanego dalej „rozporządzeniem”, poprzez wyodrębnienie warunków realizacji dla porady specjalistycznej – choroby wewnętrzne i porady specjalistycznej – pediatria, w celu umożliwienia świadczeniodawcom objęcia opieką chorych, w ramach kontynuacji leczenia poszpitalnego, sprawdzenia efektów leczenia, którzy wymagają po wypisie ze szpitala badań kontrolnych i ewentualnej korekty leczenia specjalistycznego, co powinno przyczynić się do zapewnienia lepszej opieki i obniżenia kosztów, poprzez skrócenie czasu hospitalizacji oraz zmniejszenie powikłań lub progresji choroby, a które mogą wynikać z lepszej kontroli choroby i odpowiedniej opieki w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Porada specjalistyczna w obszarze chorób wewnętrznych pozwoli także na interdyscyplinarne podejście do pacjentów i może przyczynić się do zmniejszenia obciążenia innych specjalistów, do których są kierowani pacjenci po hospitalizacji, a w konsekwencji zwiększy się ich dostępność dla chorych wymagających specjalistycznych porad i skróci okres oczekiwania dla pacjentów oczekujących na wizyty u tych specjalistów. Wyodrębnienie warunków realizacji świadczeń dla poradni chorób wewnętrznych oraz pediatrycznej pozwoli również na zapewnienie ciągłości opieki specjalistycznej i uelastyczni organizację opieki nad pacjentami w okresie poszpitalnym.

Z uwagi na proponowane warunki, poradniom specjalistycznym łatwiej będzie nawiązać współpracę z ośrodkami wysekospecjalistycznymi, ponieważ zazwyczaj jest to kontynuacja procesów diagnostyczno-leczniczych przeprowadzanych wcześniej podczas hospitalizacji.

W załączniku nr 1 do rozporządzenia wprowadzono także dodatkową zmianę w zakresie wyodrębnienia warunków realizacji dla porady specjalistycznej - anestezyjologicznej.

Zadaniem przedmiotowej porady będzie ambulatoryjna kwalifikacja pacjentów do zabiegów operacyjnych. W ramach realizacji porady jako najbardziej istotne stanie się pozyskanie niezbędnych informacji w zakresie stanu zdrowia pacjenta, które przyczynią się do zmniejszenia do minimum ryzyka powikłań podczas zabiegu operacyjnego. Analiza i zapoznanie się przez lekarza, z wszystkimi badaniami wykonanymi u pacjenta, chorobami współistniejącymi oraz zażywanyymi lekami pozwoli na ograniczenie występowania działań niepożądanych podczas zabiegu operacyjnego. Realizacja porady zapewni lepszą opiekę, zmniejszenie powikłań oraz zwiększenie świadomości pacjenta co do planowanego zabiegu.

Projekt rozporządzenia wprowadza zmiany w załączniku nr 2 „Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku badań diagnostycznych oraz warunki ich realizacji” Część VI. „Świadczenia tomografii komputerowej” oraz Część VIII. „Świadczenia rezonansu magnetycznego” rozporządzenia.

W części VI i VIII załącznika nr 2 do rozporządzenia wskazuje się, iż świadczenia w zakresie tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego obejmują wszystkie okolice ciała oraz porządkuje nazewnictwo świadczeń zastosowane w dalszej treści rozporządzenia.

W załączniku nr 2 do rozporządzenia w Części VI oraz w Części VIII wprowadzono podział na badania podstawowe oraz specjalistyczne, mający na celu zróżnicowanie warunków realizacji świadczeń w zakresie wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną ze względu na przynależność do określonej grupy badań. Oczekiwanym rezultatem tej zmiany jest zapewnienie możliwości na etapie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wydzielenia badań podstawowych oraz specjalistycznych jako osobne zakresy, co w kontekście aktualnych list oczekujących powinno wpłynąć na poprawę dostępności do tych świadczeń.

Wprowadzone w załączniku nr 2 do rozporządzenia w Części VI oraz w Części VIII zmiany odnoszą się do nomenklatury świadczeń (w celu zapewnienia przejrzystości zmian ich szczegóły prezentuje poniższa Tabela 1 oraz Tabela 2, poszczególnym nazwom świadczeń stosowanym do tej pory może odpowiadać więcej niż jedno świadczenie zgodnie z nową nomenklaturą), przy czym należy zaznaczyć, iż przedmiotowa zmiana rozporządzenia pozostawia niezmienny zakres uprawnień pacjenta, a więc nie usuwa ani nie kwalifikuje

nowych świadczeń, w związku z czym, nie jest wymagana rekomendacja Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Celem tej zmiany jest uproszczenie oraz zapewnienie jednoznaczności nazewnictwa świadczeń, umożliwienie jednoznaczności procesu taryfikacji oraz zapewnienie spójności produktów rozliczeniowych z zapisami rozporządzeń w sprawie gwarantowanych świadczeń zdrowotnych.

Tabela 1.

| TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA | |
|--|--|
| Pierwotna nazwa świadczenia | Proponowana nazwa świadczenia |
| TK szyi bez wzmocnienia kontrastowego | TK badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż głowa, kręgosłup i kończyny bez wzmocnienia kontrastowego |
| TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego | |
| TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego | TK badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż głowa, kręgosłup i kończyny bez wzmocnienia kontrastowego |
| | TK badanie trzech i więcej okolic anatomicznych innych niż głowa, kręgosłup i kończyny bez wzmocnienia kontrastowego |
| TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego | TK badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego (bez zmian) |
| TK szyi bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | TK badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż głowa, kręgosłup i kończyny bez i ze wzmocnieniem kontrastowym |
| TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | |

| | |
|---|--|
| TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | TK badanie dwóch sąsiadujących okolic anatomicznych innych niż głowa, kręgosłup i kończyny bez i ze wzmocnieniem kontrastowym TK badanie trzech i więcej okolic anatomicznych sąsiadujących innych niż głowa, kręgosłup i kończyny bez i ze wzmocnieniem kontrastowym |
| TK głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | TK badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (bez zmian) |
| TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym | TK badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym (bez zmian) |
| TK szyi bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym | TK badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż głowa, kręgosłup i kończyny bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym |
| TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym | TK badanie dwóch sąsiadujących okolic anatomicznych innych niż głowa, kręgosłup i kończyny bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym |
| TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym | TK badanie trzech i więcej sąsiadujących okolic anatomicznych innych niż głowa, kręgosłup i kończyny bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym |
| TK głowy ze wzmocnieniem kontrastowym | TK badanie głowy ze wzmocnieniem kontrastowym |

| | |
|---|--|
| TK kręgosłupa szyjnego bez wzmocnienia kontrastowego | TK badanie jednego odcinka kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego |
| TK kręgosłupa piersiowego bez wzmocnienia kontrastowego | TK badanie dwóch sąsiadujących ze sobą odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego |
| TK kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego bez wzmocnienia kontrastowego | TK badanie trzech odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego |
| TK kręgosłupa szyjnego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | TK badanie jednego odcinka kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym |
| TK kręgosłupa piersiowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | TK badanie dwóch sąsiadujących ze sobą odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym |
| TK kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | TK badanie trzech odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym |
| TK tętnic głowy i szyi | TK angiografia jednej okolicy anatomicznej lub kończyny (z wyłączeniem angiografii tętnic wieńcowych) |
| TK tętnic klatki piersiowej (w tym aorta) | |
| TK tętnic jamy brzusznej (w tym aorta) | TK angiografia dwóch i więcej okolic anatomicznych lub dwóch kończyn (z wyłączeniem angiografii tętnic wieńcowych) |
| TK tętnic kończyn | |
| TK tętnic wieńcowych | TK angiografia tętnic wieńcowych |
| Tomografia komputerowa serca – badanie morfologii i czynności mięśnia sercowego | TK mięśnia sercowego (ocena morfologiczna i czynnościowa) |
| TK kończyny górnej bez wzmocnienia kontrastowego | TK badanie jednej lub więcej niż jednej okolicy kończyny (górnej lub dolnej) bez wzmocnienia kontrastowego |
| TK kończyny dolnej bez wzmocnienia kontrastowego | |

| | |
|---|---|
| TK kończyny górnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | TK badanie jednej lub więcej niż jednej okolicy kończyny (górnej lub dolnej) bez i ze wzmocnieniem kontrastowym |
| TK kończyny dolnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | |
| Inna TK ze wzmocnieniem kontrastowym | Inna TK ze wzmocnieniem kontrastowym |
| TK – wirtualna kolonoskopia | TK wirtualna kolonoskopia (bez zmian) |

Tabela 2.

| REZONANS MAGNETYCZNY | |
|---|--|
| Pierwotna nazwa świadczenia | Proponowana nazwa świadczenia |
| RM głowy bez wzmocnienia kontrastowego | MR badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego |
| RM głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | MR badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (bez zmian) |
| RM szyi bez wzmocnienia kontrastowego | MR badanie głowy i szyi bez wzmocnienia kontrastowego |
| RM szyi bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | MR badanie głowy i szyi bez i ze wzmocnieniem kontrastowym |
| RM klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego | MR badanie jednej okolicy anatomicznej -innej niż głowa, kręgosłup, kończyny- bez wzmocnienia kontrastowego |
| RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego | |
| RM klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | MR badanie jednej okolicy anatomicznej -innej niż głowa, kręgosłup, kończyny- bez i ze wzmocnieniem kontrastowym |
| RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | |
| RM kończyny górnej bez | MR badanie jednej okolicy kończyny (górnej lub |

| | |
|---|---|
| wzmocnienia kontrastowego | dolnej) bez wzmocnienia kontrastowego |
| RM kończyny dolnej bez wzmocnienia kontrastowego | |
| RM kończyny górnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | MR badanie jednej okolicy kończyny (górnej lub dolnej) bez i ze wzmocnieniem kontrastowym |
| RM kończyny dolnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | |
| RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka szyjnego bez wzmocnienia kontrastowego | MR badanie jednego lub dwóch sąsiadujących odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego |
| RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka lędźwiowego (lędźwiowo--krzyżowego) bez wzmocnienia kontrastowego | MR badanie trzech sąsiadujących lub dwóch niesąsiadujących odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego |
| RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka piersiowego bez wzmocnienia kontrastowego | |
| RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka szyjnego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | MR badanie jednego lub dwóch sąsiadujących odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym |
| RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka lędźwiowego (lędźwiowo--krzyżowego) bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | MR badanie trzech sąsiadujących lub dwóch niesąsiadujących odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym |
| RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka piersiowego bez i ze wzmocnieniem | |

| | |
|---|---|
| kontrastowym | |
| Angiografia bez wzmocnienia kontrastowego- RM | MR Angiografia bez wzmocnienia kontrastowego |
| Angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym - RM | MR Angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym |
| Badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym - RM | MR badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym |
| RM serca - badanie czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego | MR badanie serca - badanie czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego |
| RM serca - badanie czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | MR badanie serca - badanie czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym |
| Badanie czynnościowe mózgu - RM | MR badanie czynnościowe mózgu |
| Spektroskopia - RM | MR Spektroskopia |

W zakresie badań specjalistycznych wyodrębniono „Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia”, odnoszące się do porad specjalistycznych, w ramach których lekarze są upoważnieni do wystawienia skierowania na badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego. Świadczenia, dla których wprowadzono szczegółowe wskazanie lekarzy uprawnionych do wystawienia skierowania, stosuje się w zaawansowanym procesie diagnostyczno-terapeutycznym. Celem regulacji jest racjonalizacja wykorzystania przedmiotowych świadczeń, co powinno przyczynić się do zwiększenia dostępności dla pacjentów w uzasadnionym klinicznie stanie zdrowia.

W załączniku nr 2 do rozporządzenia w Części VI i w Części VIII dodano wymogi dotyczące „Organizacji udzielania świadczeń”, odnoszące się do realizowania badań diagnostycznych tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego wyłącznie w uzasadnionych klinicznie sekwencjach. Oznacza to, iż realizator badania powinien podjąć decyzję o zleceniu wskazanych świadczeń, jeżeli wcześniejszy wywiad i dotychczas

zastosowane metody diagnostyczne oraz niezbędny czas obserwacji objawów klinicznych okazały się być niewystarczające do postawienia jednoznacznej diagnozy umożliwiającej określenie i wdrożenie właściwego postępowania terapeutycznego.

Kolejną zmianą jest udzielenie uprawnienia dla lekarza wykonującego badanie dostosowania zakresu badania (wchodzącego w zakres badań podstawowych) w medycznie uzasadnionych przypadkach. W tym celu wprowadzono regulację uzupełniającą dotyczącą „Zakresu rozszerzenia badania” w grupach świadczeń podstawowych, co pozwoli na jednoczesową (w trakcie jednego procesu diagnostycznego) realizację dwóch różnych badań, które dotychczas ze względów formalnych były wykonywane oddzielnie.

W celu nadania transparentności pełnemu przebiegowi procesu diagnostycznego wprowadzono także przepis, iż świadczeniodawca zapewnia pacjentom kompletny dostęp do informacji (w formie papierowej i elektronicznej) na temat zasad realizacji badań, szczególnie odnośnie przeciwwskazań względnych i bezwzględnych do jego realizacji od momentu rejestracji.

Ponadto świadczeniodawca wydaje wynik badania wraz z opisem w terminach:

- 1) bezpośrednio po wykonaniu badania w stanach zagrożenia życia pacjenta;
- 2) do 3 dni roboczych w przypadku badań pilnych;
- 3) do 5 dni roboczych w przypadku badań realizowanych w trybie normalnym.

Takie dookreślenie ram czasowych wydania wyników badania wraz z opisem ma na celu zapewnienie płynności procesu diagnostyczno-terapeutycznego.

Ostatnim z wymogów dotyczących „Organizacji udzielania świadczeń” jest zobligowanie personelu do obecności w czasie rzeczywistej realizacji badań. Przedmiotowa zmiana ujednoznacznia ten wymóg, prowadząc do zwiększenia bezpieczeństwa pacjenta oraz jakości udzielanych świadczeń.

W zakresie świadczeń rezonansu magnetycznego wprowadzono przepis dotyczący wymogu pielęgniarki wśród personelu medycznego. Celem tej regulacji było ujednoczenie standardów w pracowniach diagnostyki obrazowej analogicznie dla świadczeń rezonansu magnetycznego, jak i tomografii komputerowej.

W załączniku 2 do rozporządzenia w Części VI oraz w Części VIII dookreślono warunki realizacji świadczeń odnoszące się do „Wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną” w

zakresie podniesienia wymogów dotyczących parametrów aparatów tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego.

W zakresie badań podstawowych tomografii komputerowej wprowadzono przepis skrócenia maksymalnego czasu skanu dla 360° do 1,0 s oraz wskazano dodatkowy parametr MTF o wymaganej wartości „MTF 50% i minimum 5 pl/cm w płaszczyźnie XY, z jednoczasową akwizycją co najmniej 16 warstw przy jednym pełnym obrocie układu lampa rtg – detektory; średnica otworu gantry 70 cm” zastępując nim przepis o „zdolności rozdzielczej wysokokontrastowej min. 12 par linii/cm dla skanu 360° ”. W zakresie badań specjalistycznych tomografii komputerowej wprowadzono przepis, iż świadczenia realizowane są przy użyciu aparatu o czasie skanu dla 360° maksimum 0,75 s i wartości MTF 50% minimum 7,5 pl/cm w płaszczyźnie XY, z jednoczasową akwizycją co najmniej 64 warstw przy jednym pełnym obrocie układu lampa rtg - detektor, o średnicy otworu gantry minimum 70cm”, a także regulację dotyczącą akwizycyjnej kardiologicznej rozdzielczości czasowej nie mniejszej niż 200 ms oraz automatycznej modulacji dawki w zależności od obszaru skanowanego w płaszczyźnie XY i w osi Z. Zarówno do badań podstawowych jak i specjalistycznych wprowadzono regulację dotyczącą wymogu dodatkowej konsoli roboczej z zainstalowanym i uruchomionym oprogramowaniem dostosowanym do zakresu klinicznego wykonywanych procedur, zgodnie z rekomendowanymi zaleceniami Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego.

W przypadku badań podstawowych rezonansu magnetycznego wprowadzono przepis zmieniający wymogi w zakresie parametrów aparatu, tj. system MR: min 30mT/m, min 100mT/m/ms w każdym z kierunków x, y, z, minimum 8 kanałów; ponadto dla systemów zamkniętych indukcja pola magnetycznego min 1,5 T; Dopuszcza się systemy dedykowane „tzw. do diagnostyki małych stawów” (można wykonywać badania ręki, nadgarstka, stawu łokciowego, stopy, stawów skokowych, kolana) o niższych parametrach; natomiast w przypadku badań specjalistycznych „system MR: co najmniej 40mT/m, co najmniej 180mT/m/ms, co najmniej 16 kanałów; indukcja pola magnetycznego co najmniej 1,5 T”.

Zarówno do badań podstawowych jak i specjalistycznych wprowadzono regulację dotyczącą wymogu dwukomorowej strzykawki automatycznej do podania środka kontrastowego zsynchronizowanej z aparatem MR, oprogramowania i wyposażenia dostosowanego do zakresu klinicznego wykonywanych badań, urządzenia do rejestracji obrazów uzyskanych w trakcie badania oraz zestawu cewek zawierających cewki niezbędne do

realizacji poszczególnych badań przewidzianych wykazem świadczeń. Zmiany mają na celu zoptymalizowanie jakości, w tym także wiarygodności otrzymywanych obrazów, w zależności od rodzaju badań. Równocześnie wprowadzona regulacja zapewnia, że każdy aparat w ramach wskazanego zakresu powinien być adekwatny do pełnego zakresu badań w danym przypadku klinicznym, co powinno wpłynąć na zwiększenie rzeczywistej dostępności do świadczeń przez zmniejszenie powtórnych realizacji badań.

Zarówno do badań podstawowych jak i specjalistycznych (TK i MR) wprowadzono regulację dotyczącą możliwości wykonania znieczulenia w przypadku realizacji badań dla dzieci (część C.), przy czym należy zauważyć, iż przedmiotowa zmiana nie wymaga uzyskania rekomendacji Prezesa AOTMiT, z uwagi na fakt, iż świadczenia te są obecnie wykonywane w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

W załączniku nr 4 proponuje się dodanie części – organizacja udzielania świadczeń. W związku z brakiem warunków udzielania świadczeń chemioterapii w trybie ambulatoryjnym istnieje konieczność wprowadzenia regulacji związanej z określeniem możliwych miejsc udzielania świadczeń dla świadczenia gwarantowanego – podanie chemioterapii w trybie ambulatoryjnym. W obecnym brzmieniu brak jest uregulowań dot. organizacji udzielania świadczeń wskazujących komórki (nazwy poradni), na podstawie których mogą być kontraktowane i realizowane świadczenia chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych. Wprowadzona zmiana umożliwi kompleksowe kontraktowanie świadczeń z zakresu chemioterapii we wszystkich trzech trybach: trybie hospitalizacji, trybie jednodniowym i trybie ambulatoryjnym.

W związku z powyższym proponuje się by świadczenie chemioterapia w trybie ambulatoryjnym mogło być realizowane w ramach:

- 1) oddziału leczenia jednego dnia lub całodobowego oddziału szpitalnego: onkologicznego, onkologicznego dla dzieci, onkologii klinicznej/chemioterapii, hematologicznego, hematologicznego dla dzieci, onkologii i hematologii dziecięcej, nowotworów krwi, chorób wewnętrznych, endokrynologicznego, endokrynologicznego dla dzieci, ginekologii onkologicznej, urologicznego, urologicznego dziecięcego, gastroenterologicznego, gastroenterologicznego dla dzieci, otorynolaryngologicznego, otorynolaryngologicznego dziecięcego, transplantologicznego, chorób płuc, chorób płuc dziecięcych, gruźlicy i chorób płuc, gruźlicy i chorób płuc dla dzieci, pediatrycznego, chirurgicznego ogólnego, chirurgii dziecięcej, chirurgii onkologicznej, radioterapii; lub

- 2) poradni: onkologicznej, onkologicznej dla dzieci, hematologicznej, hematologicznej dla dzieci, onkologii i hematologii dziecięcej, chemioterapii, nowotworów krwi, chorób płuc, chorób płuc dziecięca, endokrynologicznej, endokrynologicznej dla dzieci, endokrynologiczno-ginekologicznej, ginekologii onkologicznej, chirurgii onkologicznej, radioterapii, urologicznej, urologicznej dziecięcej, transplantologicznej.

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

Planowany termin wejścia w życie rozporządzenia to 14 dni po dniu ogłoszenia. Równocześnie w celu zapewnienia płynności wprowadzenia zmian, uwzględniając specyfikację aparatów aktualnie dostępnych na rynku świadczeń zdrowotnych, w zakresie wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz w zakresie personelu medycznego przewidziano okres dostosowawczy do 1 lipca 2018 roku.

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

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

| | | | |
|----|---|---|--|
| 66 | Porada specjalistyczna - choroby wewnętrzne | Personel | 1) lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych, lub 2) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych, albo 3) lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych. |
| | | Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną | W miejscu udzielenia świadczeń: 1) ciśnieniomierz lekarski; 2) elektrokardiograf; 3) glukometr. |
| | | Dostępność badań lub procedur medycznych | Dostęp do: 1) badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych; 2) USG; 3) RTG, 4) echokardiograf, 5) Holter EKG, 6) ABPM. |
| | | Pozostałe wymagania | W miejscu: oddział o profilu chorób wewnętrznych. |
| | | Organizacja udzielenia świadczeń | Kontynuacja lub kontrola leczenia szpitalnego. |
| 67 | Porada specjalistyczna - pediatria | Personel | 1) lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii, lub 2) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie pediatrii, albo 3) lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie pediatrii. |
| | | Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną | W miejscu udzielenia świadczeń: 1) ciśnieniomierz lekarski; 2) elektrokardiograf; 3) glukometr. |
| | | Dostępność badań lub procedur medycznych | Dostęp do: 1) badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych; 2) USG; 3) RTG. |
| | | Pozostałe wymagania | W miejscu: oddział o profilu pediatria. |

| | | | |
|----|--|---|--|
| 68 | Porada specjalistyczna - anesteziologiczna | Organizacja udzielania świadczeń | Kontynuacja lub kontrola leczenia szpitalnego. |
| | | Personel | 1) lekarz specjalista w dziedzinie anesteziologii lub anesteziologii i reanimacji, lub anesteziologii i intensywnej terapii albo 2) lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie anesteziologii lub anesteziologii i reanimacji, lub anesteziologii i intensywnej terapii |
| | | Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną | W miejscu udzielania świadczeń: elektrokardiograf. |
| | | Dostępność badań lub procedur medycznych Pozostałe wymagania | Dostęp do badań laboratoryjnych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych. W lokalizacji: |
| | | | 1) blok operacyjny zapewniający stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych; 2) co najmniej jeden oddział zabiegowy. |
| | | Organizacja udzielania świadczeń | Wykonywanie konsultacji w zakresie kwalifikacji do wykonywania zabiegu operacyjnego. |

VI. ŚWIADCZENIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ¹

A. BADANIA PODSTAWOWE

| Lp. | Kod ICD-9 | Nazwa świadczenia gwarantowanego | Zakres rozszerzenia badania | Warunki realizacji świadczenia |
|-----|-----------|---|-----------------------------|---|
| 1 | Brak | TK badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego | Brak | <p>1. Organizacja udzielania świadczeń:</p> <p>1.1 Świadczenia obejmują wszystkie struktury danej okolicy anatomicznej i są realizowane wyłącznie w uzasadnionych klinicznie sekwencjach świadczeń diagnostycznych.</p> <p>1.2 W uzasadnionych medycznie przypadkach personel medyczny jest zobowiązany dostosować zakres badania zgodnie z kolumną „Zakres rozszerzenia badania”.</p> <p>1.3 Wykonujący badanie zapewnia pacjentom kompletny dostęp do informacji (w formie papierowej i elektronicznej) na temat zasad realizacji badań, szczególnie odnośnie przeciwwskazań względnych i bezwzględnych do jego realizacji od momentu rejestracji.</p> <p>1.4 Świadczeniodawca wydaje wynik badania składający się z opisu oraz dokumentacji obrazowej:</p> <p>a) w stanach zagrożenia życia – bezpośrednio po wykonaniu badania,</p> <p>b) w przypadku badań pilnych – do 3 dni roboczych,</p> <p>c) w przypadku badań w trybie normalnym – do 5 dni roboczych.</p> <p>1.5 Personel jest wymagany w czasie rzeczywistej realizacji badań.</p> <p>1.6 Dopuszcza się wykonywanie opisu badania przy użyciu narzędzi teleinformatycznych</p> <p>2. Personel:</p> <p>1) lekarz:</p> <p>a) specjalista w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej, lub</p> <p>b) ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki pod nadzorem, lub</p> <p>c) w trakcie specjalizacji w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej pod nadzorem*;</p> <p>2) osoba, która:</p> |
| 2 | Brak | TK badanie głowy ze wzmocnieniem kontrastowym | | |
| 3 | Brak | TK badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym | | |
| 4 | Brak | TK badanie jednego odcinka kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego | | |
| 5 | Brak | TK badanie jednego odcinka kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | | |
| 6 | Brak | TK badanie dwóch sąsiadujących ze sobą odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego | | |
| 7 | Brak | TK badanie dwóch sąsiadujących ze sobą odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | | |
| 8 | Brak | TK badanie trzech odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego | | |
| 9 | Brak | TK badanie trzech odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | | |
| 10 | Brak | TK badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż głowa, kręgosłup i kończyny bez wzmocnienia kontrastowego | | |
| 11 | Brak | TK badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż głowa, kręgosłup i kończyny bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | | |
| 12 | Brak | TK badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż głowa, kręgosłup i kończyny bez wzmocnienia kontrastowego | | |

¹ Świadczenia tomografii komputerowej obejmują okolice ciała odnoszące się do okolic anatomicznych, którymi są: głowa, szyja, klatka piersiowa, jama brzuszna, miednica, kręgosłup z podziałem na odcinek szyjny, piersiowy, lędźwiowy, krzyżowy, kończyna górna oraz kończyna dolna (przy czym okolicę kończyn to: staw(ów) krzyżowo-biodrowy(e) i biodrowy(e); staw kolanowy; staw skokowy lub stopa, staw barkowy; staw łokciowy; ręka lub nadgarstek).

| | | | |
|----|------|---|--|
| 13 | Brak | TK badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż głowa, kręgosłup i kończyny bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | |
| 14 | Brak | TK badanie trzech i więcej okolic anatomicznych innych niż głowa, kręgosłup i kończyny bez wzmocnienia kontrastowego | |
| 15 | Brak | TK badanie trzech i więcej okolic anatomicznych innych niż głowa, kręgosłup i kończyny bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | |
| 16 | Brak | TK badanie jednej lub więcej okolic kończyny (górną lub dolną) bez wzmocnienia kontrastowego | |
| 17 | Brak | TK badanie jednej lub więcej okolic kończyny (górną lub dolną) bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | |
| 18 | Brak | TK angiografia jednej okolicy anatomicznej lub kończyny (z wyłączeniem angiografii t. wieńcowych) | |
| 19 | Brak | TK angiografia dwóch i więcej okolic anatomicznych lub dwóch kończyn (z wyłączeniem angiografii t. wieńcowych) | |
| 20 | Brak | Inna TK ze wzmocnieniem kontrastowym | |
| 21 | Brak | TK badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | |
| 22 | Brak | TK badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż głowa, kręgosłup i kończyny bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym | Może być realizowane ze świadectwem: 1) TK angiografia jednej okolicy anatomicznej lub kończyny (z wyłączeniem angiografii t. wieńcowych) - tożsamej z daną okolicą lub 2) TK angiografia dwóch i więcej okolic anatomicznych lub dwóch kończyn (z wyłączeniem angiografii t. wieńcowych) - tożsamej z daną okolicą. |
| 23 | Brak | TK badanie dwóch sąsiadujących okolic anatomicznych innych niż głowa, kręgosłup i kończyny bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym | |
| 24 | Brak | TK badanie trzech i więcej sąsiadujących okolic anatomicznych innych niż głowa, kręgosłup i kończyny bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym | |

*Oznacza bezpośredni nadzór lekarza specjalisty w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki lub radiologii i diagnostyki obrazowej. Nadzorujący odpowiada za kwestie proceduralne, działania i wyniki działalności osoby nadzorowanej. Konieczna jest - we wszystkich powyższych sytuacjach - obecność lekarza specjalisty w pracowni w godzinach jej pracy.

B. BADANIA SPECJALISTYCZNE

- rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe w zakresie elektroradiologii obejmujące co najmniej 1700 godzin kształcenia w zakresie elektroradiologii i uzyskała co najmniej tytuł licencjata lub inżyniera, lub
- ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności elektroradiologia obejmujące co najmniej 1700 godzin w zakresie elektroradiologii i uzyskała tytuł licencjata lub inżyniera, lub
- ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy technik elektroradiolog lub technik elektroradiologii lub dyplom potwierdzający kwalifikacje w zawodzie technik elektroradiolog.

3) pielęgniarka.

3. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:

- 1) aparat spiralny o czasie najkrótszego skanu dla 360° maksimum 1,0 s i wartości MTF 50% minimum 5 pl/cm w płaszczyźnie XY, z jednoczasową akwizycją co najmniej 16 warstw przy jednym pełnym obrocie układu lampy rtg – detektory; średnica otworu gantry minimum 70 cm
- 2) zainstalowane i uruchomione oprogramowanie do rekonstrukcji MPR (wielopłaszczyznowej), MIP, CTA i 3D;
- 3) dodatkowa konsola robocza z zainstalowanym i uruchomionym oprogramowaniem dostosowanym do zakresu klinicznego wykonywanych procedur;
- 4) strzykawką automatyczna do podawania środka kontrastującego;
- 5) urządzenia do rejestracji obrazów uzyskanych w trakcie badania.

| Lp. | Kod ICD-9 | Nazwa świadczenia gwarantowanego | Warunki realizacji świadczenia |
|-----|-----------|----------------------------------|---|
| 1 | Brak | TK wirtualna kolonoskopia | <p style="text-align: center;">Warunki realizacji świadczenia</p> <p>I. Warunki uzyskania uprawnień do świadczenia: Wystawca skierowania: Lekarz realizujący świadczenia w ramach porady specjalistycznej:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) onkologia; 2) onkologia i hematologia dziecięca; 3) gastroenterologia; 4) gastroenterologia dla dzieci; 5) chirurgia ogólna; 6) chirurgia dziecięca; 7) chirurgia onkologiczna; 8) chirurgia onkologiczna dla dzieci. <p>2. Organizacja udzielania świadczeń:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Poszczególne świadczenia obejmują wszystkie struktury danej okolicy anatomicznej i realizowane są wyłączenie w uzasadnionych klinicznie sekwencjach świadczeń diagnostycznych; 2.2 Wykonujący badanie zapewni pacjentom kompletny dostęp do informacji (w formie papierowej i elektronicznej) na temat zasad realizacji badań, szczególnie odnośnie przeciwwskazań względnych i bezwzględnych do jego realizacji od momentu rejestracji; 2.3 Świadczeniodawca wydaje wynik badania składający się z opisu oraz dokumentacji obrazowej nie później niż w ciągu 5 dni roboczych od dnia jego wykonania; 2.4 Personel wymagany jest w czasie rzeczywistej realizacji badań. 2.5 Dopuszcza się wykonywanie opisu badania przy użyciu narzędzi teleinformatycznych <p>3. Personel:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) lekarz: <ol style="list-style-type: none"> a) specjalista w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej, lub b) ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki pod nadzorem, lub c) w trakcie specjalizacji w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej pod nadzorem*; 2) osoba, która: <ol style="list-style-type: none"> a) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe w zakresie elektroradiologii obejmujące co najmniej 1700 godzin kształcenia w zakresie elektroradiologii i uzyskała co najmniej tytuł licencjata lub inżyniera, lub b) ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności elektroradiologia obejmujące co najmniej 1700 godzin w zakresie elektroradiologii i uzyskała tytuł licencjata lub inżyniera, lub c) ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy technik elektroradiolog lub technik elektroradiologii lub dyplom potwierdzający kwalifikacje w zawodzie technika elektroradiolog. 3) pielęgniarka. <p>4. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) aparat o najkrótszym czasie skanu dla 360° maksimum 0,75 s i wartości MTF 50% minimum 7,5 pl/cm w płaszczyźnie XY, z jednoczesową akwizycją co najmniej 64 warstw przy jednym pełnym obrocie układu lampy rg - detektory i o średnicy otworu gantry minimum 70 cm; 2) zainstalowane i uruchomione oprogramowanie do rekonstrukcji MPR (wielopłaszczyznowej), MIP, CTA i 3D; 3) dodatkowa konsola robocza z zainstalowanym i uruchomionym oprogramowaniem dostosowanym do zakresu klinicznego wykonywanych procedur 4) strzykawką automatyczną do podawania środka kontrastującego; 5) urządzenie do rejestracji obrazów uzyskanych w trakcie badania. <p>5. Kryteria kwalifikacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pacjenci u których warunki anatomiczne uniemożliwiają wykonanie kolonoskopii klasycznej |

| | | | |
|---|------|---|--|
| 2 | Brak | TK mięśnia sercowego (ocena morfologiczna i czynnościowa) | <p>1. Warunki uzyskania uprawnień do świadczenia: Wystawca skierowania: Lekarz realizujący świadczenia w ramach porady specjalistycznej: 1) kardiologia, 2) kardiologia dziecięca, 3) kardiochirurgia.</p> <p>2. Organizacja udzielania świadczeń: 2.1 Poszczególne świadczenia obejmują wszystkie struktury danej okolicy anatomicznej i realizowane są wyłącznie w uzasadnionych klinicznie sekwencjach świadczeń diagnostycznych. 2.2 Wykonujący badanie zapewni pacjentom kompletny dostęp do informacji (w formie papierowej i elektronicznej) na temat zasad realizacji badań, szczególnie odnośnie przeciwwskazań względnych i bezwzględnych do jego realizacji od momentu rejestracji. 2.3 Świadczeniiodawca wydaje wynik badania składający się z opisu oraz dokumentacji obrazowej nie później niż w ciągu 5 dni roboczych od dnia jego wykonania; 2.4 Personel wymagany jest w czasie rzeczywistej realizacji badań; 2.5 Dopuszcza się wykonywanie opisu badania przy użyciu narzędzi teleinformatycznych.</p> <p>3. Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej; 2) osoba, która: a) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe w zakresie elakroradiologii obejmujące co najmniej 1700 godzin kształcenia w zakresie elakroradiologii i uzyskała co najmniej tytuł licencjata lub inżyniera lub b) ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności elakroradiologia obejmujące co najmniej 1700 godzin w zakresie elakroradiologii i uzyskała tytuł licencjata lub inżyniera, lub c) ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnień szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy technik elakroradiolog lub technik elakroradiologii lub dyplom potwierdzający kwalifikacje w zawodzie technik elakroradiolog; 3) pielęgniarka.</p> <p>4. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: 1) aparat o czasie skanu dla 360° maksimum 0,4 s i wartości MTF 50% minimum 10 pl/cm w płaszczyźnie XY, z jednoczasową akwizycją co najmniej 64 warstw przy jednym pełnym obrocie układu lampy rtg - detektor, o średnicy otworu gantry minimum 70cm; 2) akwizycyjna kardiologiczna rozdzielczość czasowa nie gorsza niż 200 ms; 3) automatyczna modulacja dawki w zależności od obszaru skanowanego w płaszczyźnie XY i w osi Z; 4) zainstalowane i uruchomione oprogramowanie do rekonstrukcji MPR (wielopłaszczyznowej), MIP, CTA i 3D; 5) dodatkowa konsola robocza z zainstalowanym i uruchomionym oprogramowaniem dostosowanym do zakresu klinicznego wykonywanych procedur; 6) strzykawka automatyczna z dwoma niezależnymi torami podawania płynów.; 7) urządzenie do rejestracji obrazów uzyskanych w trakcie badania.</p> <p>5. Kryteria kwalifikacji: 1) Pacjenci po zabiegach koronoplastyki lub wszczepieniu pomostów aortalno-wieńcowych.</p> |
| 3 | Brak | TK angiografia tętnic wieńcowych | |

*Oznacza bezpośredni nadzór lekarza specjalisty w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki lub radiologii i diagnostyki obrazowej. Nadzorujący odpowiada za kwestie proceduralne, działania i wyniki działalności osoby nadzorowanej. Konieczna jest - we wszystkich powyższych sytuacjach - obecność lekarza specjalisty w pracowni w godzinach jej pracy.

C. ZNIECZULENIE DO BADANIA DIAGNOSTYCZNEGO

| Lp. | Kod ICD-9 | Nazwa świadczenia gwarantowanego | Warunki realizacji świadczenia |
|-----|-----------|---|--|
| 1 | 100.01 | Znieczulenie ogólne dotchawicze z monitorowaniem rozszerzonym (do 2 godzin) | <p>W przypadku dzieci wymagających zastosowania znieczulenia przy badaniu TK zapewnia się następujące warunki, w lokalizacji:</p> <p>1) Personel:</p> <p>a) lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, lub lekarz w trakcie specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii bezpośrednio nadzorowany przez lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii,</p> <p>b) pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki;</p> <p>2) Stanowisko znieczulenia ogólnego, wyposażone w:</p> <p>a) aparat do znieczulenia ogólnego z respiratorem anestetycznym,</p> <p>b) alarm nadmiernego ciśnienia w układzie oddechowym,</p> <p>c) alarm rozłączenia w układzie oddechowym,</p> <p>d) urządzenie ciągłego pomiaru częstości oddychania,</p> <p>e) urządzenie ciągłego pomiaru objętości oddechowych,</p> <p>f) worek samorozprężalny i rurki ustno-gardłowe,</p> <p>g) źródło tlenu, podtlenu azotu, powietrza i próżni,</p> <p>h) urządzenie do ssania, zestaw do intubacji dotchawiczej,</p> <p>i) defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji,</p> <p>j) wyciąg gazów anestetycznych,</p> <p>k) zasilanie elektryczne z systemem awaryjnym,</p> <p>l) źródło światła,</p> <p>m) sprzęt do dożylnego podawania leków,</p> <p>n) fonendoskop lub dla dzieci stetoskop przedsercowy, aparat do pomiaru ciśnienia krwi,</p> <p>o) monitor stężenia tlenu w układzie anestetycznym z alarmem wartości granicznych,</p> <p>p) pulsoksymetr, kardiomonitor, kapnograf, monitor zwiótczenia mięśniowego, monitor gazów anestetycznych,</p> <p>q) urządzenie do ogrzewania płynów infuzyjnych, urządzenie do ogrzewania pacjenta,</p> <p>r) sprzęt do szybkich oraz regulowanych przetoczeń płynów,</p> <p>3) Sala wybudzeń wyposażona w:</p> <p>a) źródła: tlenu, powietrza i próżni,</p> <p>b) aparat do pomiaru ciśnienia krwi,</p> <p>c) kardiomonitor,</p> <p>d) pulsoksymetr.</p> |
| 2 | 100.10 | Znieczulenie całkowite dożylnie (do 30 minut) | |
| 3 | 100.11 | Znieczulenie całkowite dożylnie (od 30 minut do 60 minut) | |
| 4 | 100.12 | Znieczulenie całkowite dożylnie (powyżej 60 minut) | |

VIII. ŚWIADCZENIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO¹

A. BADANIA PODSTAWOWE

| Lp. | Kod ICD-9 | Nazwa świadczenia | Zakres rozszerzenia badania | Warunki realizacji świadczenia |
|-----|-----------|---|---|---|
| 1 | Brak | MR badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego | Może być realizowane ze świadczeniem MR angiografia bez wzmocnienia kontrastowego | <p>1. Organizacja udzielania świadczeń: Poszczególne świadczenia obejmują wszystkie struktury danej okolicy anatomicznej i realizowane są wyłączenie w uzasadnionych klinicznie sekwencjach świadczeń diagnostycznych;</p> <p>1.1 W uzasadnionych medycznie przypadkach personel medyczny zobowiązany jest dostosować zakres badania zgodnie z kolumną „Zakres rozszerzenia badania”;</p> <p>1.2 Wykonujący badanie zapewnia pacjentom kompletny dostęp do informacji (w formie papierowej i elektronicznej) na temat zasad realizacji badań, szczególnie odnośnie przeciwwskazań względnych i bezwzględnych do jego realizacji od momentu rejestracji; Świadczeniodawca wydaje wynik badania składający się z opisu oraz dokumentacji obrazowej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - w stanach zagrożenia życia – bezpośrednio po wykonaniu badania, - w przypadku badań pilnych – do 3 dni roboczych, - w przypadku badań w trybie normalnym – do 5 dni roboczych; <p>1.5 Personel wymagany jest w czasie rzeczywistej realizacji badań;</p> <p>1.6 Dopuszcza się wykonywanie opisu badania przy użyciu narzędzi teleinformatycznych.</p> <p>2. Personel :</p> <p>1) lekarz:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.7 specjalista w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej, lub 1.8 ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki pod nadzorem, lub 1.9 w trakcie specjalizacji w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej pod nadzorem*; <p>2) osoba, która:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe w zakresie elektroradiologii |
| 2 | Brak | MR badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | Może być realizowane ze świadczeniem MR angiografia bez wzmocnienia kontrastowego lub MR angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym | |
| 3 | Brak | MR badanie głowy i kręgosłupa szyjnego bez wzmocnienia kontrastowego | Może być realizowane ze świadczeniem MR angiografia bez wzmocnienia kontrastowego | |
| 4 | Brak | MR badanie głowy i kręgosłupa szyjnego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | Może być realizowane ze świadczeniem MR angiografia bez wzmocnienia kontrastowego lub MR angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym | |
| 5 | Brak | MR badanie jednego lub dwóch sąsiadujących odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego | Brak | |
| 6 | Brak | MR badanie jednego lub dwóch sąsiadujących odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | Brak | |
| 7 | Brak | MR badanie trzech sąsiadujących lub dwóch niesąsiadujących odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego | Brak | |
| 8 | Brak | MR badanie trzech sąsiadujących lub dwóch niesąsiadujących odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | Brak | |
| 9 | Brak | MR badanie jednej okolicy kończyny (górnej lub dolnej) bez wzmocnienia kontrastowego | Brak | |

1. Świadczenia rezonansu magnetycznego obejmują okolice ciała odnoszące się do okolic anatomicznych, którymi są: głowa, szyja, klatka piersiowa, jama brzuszna, miednica, kręgosłup z podziałem na odcinek szyjny, piersiowy, lędźwiowy, krzyżowy, kończyna górna oraz kończyna dolna (przy czym okolice kończyn to: staw(y) krzyżowo-biodrowy(e) i biodrowy(e); staw kolanowy; staw stopy; staw barkowy; staw łokciowy; ręka lub nadgarstek).

| | | | | |
|----|------|---|---|--|
| 10 | Brak | MR badanie jednej okolicy kończyny (górnjej lub dolnej) bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | Brak | obejmujące co najmniej 1700 godzin kształcenia w zakresie elektroradiologii i uzyskała co najmniej tytuł licencjata lub inżyniera, lub ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności elektroradiologia obejmujące co najmniej 1700 godzin w zakresie elektroradiologii i uzyskała tytuł licencjata lub inżyniera, lub |
| 11 | Brak | MR badanie jednej okolicy anatomicznej- innej niż głowa, kręgosłup, kończyny bez wzmocnienia kontrastowego | Może być realizowane ze świadczeniem MR angiografia bez wzmocnienia kontrastowego | b) |
| 12 | Brak | MR badanie jednej okolicy anatomicznej- innej niż głowa, kręgosłup, kończyny bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | Może być realizowane ze świadczeniem MR angiografia bez wzmocnienia kontrastowego lub MR angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym | c) |
| 13 | Brak | MR Badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym | Może być realizowane ze świadczeniem MR angiografia bez wzmocnienia kontrastowego lub MR angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym | 3) pielęgniarka. |
| 14 | Brak | MR Angiografia bez wzmocnienia kontrastowego | Brak | 3) Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: system MR: co najmniej 30mT/m, min 100mT/m/ms w każdym z kierunków x, y, z, co najmniej 8 kanałów; ponadto dla systemów zamkniętych indukcja pola magnetycznego min 1,5 T; Dopuszcza się systemy dedykowane „tzw. do diagnostyki małych stawów” (można wykonywać badania ręki, nadgarstka, stawu łokciowego, stopy, stawów skokowych, kolana) o niższych parametrach; |
| 15 | Brak | MR Angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym | Brak | 2) dodatkowa konsola robocza z zainstalowanym i uruchomionym oprogramowaniem dostosowanym do zakresu klinicznego wykonywanych procedur, 3) strzykawką automatyczna z dwoma niezależnymi torami podawania płynów, 4) urządzenie do rejestracji obrazów uzyskanych w trakcie badania, 5) zestaw cewek zawierający cewki niezbędne do realizacji wszystkich przewidzianych katalogiem badań; |

*Oznacza bezpośredni nadzór lekarza specjalisty w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki lub radiologii i diagnostyki obrazowej. Nadzorujący odpowiada za kwestie proceduralne, działania i wyniki działalności osoby nadzorowanej. Konieczna jest - we wszystkich powyższych sytuacjach - obecność lekarza specjalisty w pracowni w godzinach jej pracy.

B. BADANIA SPECJALISTYCZNE

| Kod ICD-9 | | Nazwa świadczenia | Warunki realizacji świadczenia |
|-----------|------|-------------------|---|
| 1 | Brak | MR Spektroskopia | <p>I. Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia: Wystawca skierowania: Lekarz realizujący świadczenia w ramach porady specjalistycznej:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) chirurgia onkologiczna, 2) chirurgia onkologiczna dla dzieci, 3) onkologia, 4) onkologia i hematologia dziecięca, |

| | | | |
|----|------|---|---|
| 2. | Brak | MR badanie czynnościowe mózgu | <p>5) neurochirurgia; 6) neurochirurgia dla dzieci.</p> <p>2. Organizacja udzielania świadczeń :</p> <p>2.1 Poszczególne świadczenia obejmują wszystkie struktury danej okolicy z klinicznie uzasadnionymi sekwencjami (nieodpuszczalne jest generowanie kolejnych badań w przypadkach nieuzasadnionych medycznie);</p> <p>2.2 Wykonujący badanie zapewnia pacjentom kompletny dostęp do informacji (w formie papierowej i elektronicznej) na temat zasad realizacji badań, szczególnie odnośnie przeciwwskazań względnych i bezwzględnych do jego realizacji od momentu rejestracji;</p> <p>2.3 Świadczeniodawca wydaje wynik badania składający się z opisu oraz dokumentacji obrazowej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - w stanach zagrożenia życia – bezpośrednio po wykonaniu badania, - w przypadku badań płynnych – do 3 dni roboczych, - w przypadku badań w trybie normalnym – do 5 dni roboczych; <p>2.4 Personel wymagany jest w czasie rzeczywistej realizacji badań;</p> <p>2.5 Dopuszcza się wykonywanie opisu badania przy użyciu narzędzi teleinformatycznych.</p> <p>3. Personel :</p> <p>1) lekarz:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) specjalista w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej, lub b) ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki pod nadzorem, lub c) w trakcie specjalizacji w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej pod nadzorem²; <p>2) osoba, która:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe w zakresie elektroradiologii obejmujące co najmniej 1700 godzin kształcenia w zakresie elektroradiologii i uzyskała co najmniej tytuł licencjata lub inżyniera, lub b) ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności elektroradiologia obejmujące co najmniej 1700 godzin w zakresie elektroradiologii i uzyskała tytuł licencjata lub inżyniera, lub c) ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy technik elektroradiolog lub technik elektroradiologii lub dyplom potwierdzający kwalifikacje w zawodzie technika elektroradiolog lub technik elektroradiolog; <p>3) pielęgniarka;</p> <p>4) fizyk lub fizyk medyczny, lub inżynier medyczny.</p> <p>4. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) system MR: co najmniej 35mT/m, co najmniej 150mT/m/ms w każdym z kierunków X, Y i Z, co najmniej 16 kanałów (również w cewkach), indukcja pola magnetycznego co najmniej 1,5 T; 2) strzykawką automatyczna z dwoma niezależnymi torami podawania płynów; 3) dodatkowa konsola robocza z zainstalowanymi i uruchomionymi oprogramowaniem dostosowanym do zakresu klinicznego wykonywanych procedur (w tym cewki 16 kanałów); 4) urządzenie do rejestracji obrazów uzyskanych w trakcie badania; 5) cewki adekwatne do realizacji spektroskopii i badań czynnościowych mózgu (co najmniej 16 kanałów). |
| 3. | Brak | MR badanie serca – czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego | <p>1. Warunki uzyskania uprawnień do świadczenia:</p> <p>Wystawca skierowania: Lekarz realizujący świadczenia w ramach porady specjalistycznej:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) kardiologia, 2) kardiologia dziecięca; 3) kardiochirurgia. |

| | | |
|--|------|--|
| 4. | Brak | MR badanie serca – czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym |
| <p>2. Organizacja udzielania świadczeń:</p> <p>2.1 Poszczególne świadczenia obejmują wszystkie struktury danej okolicy z klinicznie uzasadnionymi sekwencjami (nieodpuszczalne jest generowanie kolejnych badań w przypadkach nieuzasadnionych medycznie);</p> <p>2.2 Wykonujący badanie zapewni pacjentom kompletny dostęp do informacji (w formie papierowej i elektronicznej) na temat zasad realizacji badań, szczególnie odnośnie przeciwwskazań względnych i bezwzględnych do jego realizacji od momentu rejestracji;</p> <p>2.3 Świadczeniodawca wydaje wynik badania składający się z opisu oraz dokumentacji obrazowej:</p> <ul style="list-style-type: none"> – w stanach zagrożenia życia – bezpośrednio po wykonaniu badania, – w przypadku badań pilnych – do 3 dni roboczych, – w przypadku badań w trybie normalnym – do 5 dni roboczych; <p>2.4 Personel wymagany jest w czasie rzeczywistej realizacji badań;</p> <p>2.5 Dopuszcza się wykonywanie opisu badania przy użyciu narzędzi teleinformatycznych.</p> <p>3. Personel:</p> <p>1) lekarz:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) specjalista w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej, lub b) ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki pod nadzorem lub c) w trakcie specjalizacji w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej pod nadzorem**; <p>2) osoba, która:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe w zakresie elektroradiologii obejmujące co najmniej 1700 godzin kształcenia w zakresie elektroradiologii i uzyskała co najmniej tytuł licencjata lub inżyniera, lub b) ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności elektroradiologia obejmujące co najmniej 1700 godzin w zakresie elektroradiologii i uzyskała tytuł licencjata lub inżyniera, lub c) ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieńach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy technik elektroradiolog lub technik elektroradiologii lub dyplom potwierdzający kwalifikacje w zawodzie technika elektroradiolog; <p>3) pielęgniarka;</p> <p>4) fizyk, lub fizyk medyczny, lub inżynier medyczny.</p> <p>4. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) system MR: co najmniej 35mT/m, co najmniej 150mT/m/ms w każdym z kierunków X, Y i Z, co najmniej 16 kanałów (również w cewkach), indukcja pola magnetycznego co najmniej 1,5T; 2) dodatkowa konsola robocza z zainstalowanym i uruchomionym oprogramowaniem dostosowanym do zakresu klinicznego wykonywanych procedur (w tym delay enhancement); 3) strzykawką automatyczna z dwoma niezależnymi torami podawania płynów; 4) urządzenie do rejestracji obrazów uzyskanych w trakcie badania; 5) cewki adekwatne do realizacji badań serca (co najmniej 16 kanałów). | | |

*Oznacza bezpośredni nadzór lekarza specjalisty w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki lub radiologii i diagnostyki obrazowej. Nadzorujący odpowiada za kwestie proceduralne, działania i wyniki działalności osoby nadzorowanej. Konieczna jest - we wszystkich powyższych sytuacjach - obecność lekarza specjalisty w pracowni w godzinach jej pracy.

C. ZNIECZULENIE DO BADANIA DIAGNOSTYCZNEGO

| Lp. | Kod ICD-9 | Nazwa świadczenia gwarantowanego | Warunki realizacji świadczenia |
|-----|-----------|---|--|
| 1 | 100.01 | Znieczulenie ogólne dotchawicze z monitorowaniem rozszerzonym (do 2 godzin) | <p>W przypadku dzieci wymagających zastosowania znieczulenia przy badaniu MR zapewnia się następujące warunki, w lokalizacji:</p> <p>1) Personel:</p> <p>a) lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, lub lekarz w trakcie specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii bezpośrednio nadzorowany przez lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii,</p> <p>b) pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki;</p> <p>2) Stanowisko znieczulenia ogólnego, wyposażone w:</p> <p>a) aparat do znieczulenia ogólnego z respiratorem anestetycznym,</p> <p>b) alarm nadmiernego ciśnienia w układzie oddechowym,</p> <p>c) alarm rozłączenia w układzie oddechowym,</p> <p>d) urządzenie ciągłego pomiaru częstotliwości oddychania,</p> <p>e) urządzenie ciągłego pomiaru objętości oddechowych,</p> <p>f) worek samorozprężalny i rurki ustno-gardłowe,</p> <p>g) źródło tlenu, podtlenku azotu, powietrza i próżni,</p> <p>h) urządzenie do ssania, zestaw do intubacji dotchawiczej,</p> <p>i) defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji,</p> <p>j) wyciąg gazów anestetycznych,</p> <p>k) zasilanie elektryczne z systemem awaryjnym,</p> <p>l) źródło światła,</p> <p>m) sprzęt do dożylnego podawania leków,</p> <p>n) fonendoskop lub dla dzieci stetoskop przedsiercowy, aparat do pomiaru ciśnienia krwi,</p> <p>o) monitor stężenia tlenu w układzie anestetycznym z alarmem wartości granicznych,</p> <p>p) pulsoksymetr, kardiomonitor, kapnograf, monitor zwiótczenia mięśniowego, monitor gazów anestetycznych,</p> <p>q) urządzenie do ogrzewania płynów infuzyjnych, urządzenie do ogrzewania pacjenta,</p> <p>r) sprzęt do szybkich oraz regulowanych przetoczeń płynów,</p> <p>3) Sala wybudzeń wyposażona w:</p> <p>a) źródła: tlenu, powietrza i próżni,</p> <p>b) aparat do pomiaru ciśnienia krwi,</p> <p>c) kardiomonitor,</p> <p>d) pulsoksymetr.</p> |
| 2 | 100.10 | Znieczulenie całkowite dożylnie (do 30 minut) | |
| 3 | 100.11 | Znieczulenie całkowite dożylnie (od 30 minut do 60 minut) | |
| 4 | 100.12 | Znieczulenie całkowite dożylnie (powyżej 60 minut) | |

| | | | |
|----|---|-----------------------|---|
| 1. | Podanie chemioterapii w trybie ambulatoryjnym | Personel | <p>1. Lekarze:</p> <p>1) równoważnik I etatu: lekarz specjalista w dziedzinie chorób płuc - w zakresie leczenia nowotworów płuc, lub lekarz specjalista w dziedzinie urologii - w zakresie leczenia nowotworów układu moczowo-płciowego, lub lekarz specjalista w dziedzinie endokrynologii - w zakresie guzów neuroendokrynych, lub lekarz specjalista w dziedzinie ginekologii onkologicznej - w zakresie leczenia nowotworów narządów płciowych kobiecych lub</p> <p>2) równoważnik I etatu: lekarz specjalista w dziedzinie radioterapii lub radioterapii onkologicznej, lub chirurgii onkologicznej - w zakresie leczenia skojarzonego, tzn. jednoczesnej chemioradioterapii lub w połączeniu chemioterapii i leczenia operacyjnego</p> <p>- pod warunkiem zapewnienia stałego konsultanta - specjalisty onkologii klinicznej, lub</p> <p>3) równoważnik I etatu: lekarz specjalista w dziedzinie onkologii klinicznej lub lekarz specjalista w dziedzinie chemioterapii nowotworów, lub lekarz specjalista w dziedzinie hematologii, lub lekarz specjalista w dziedzinie hematologii i onkologii dziecięcej.</p> <p>2. Pielęgniarka przeszkolona w zakresie podawania cytostatyków.</p> |
| | | Dostępność | <p>Dostęp do:</p> <p>1) badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym, w tym markerów nowotworowych;</p> <p>2) RTG;</p> <p>3) USG.</p> |
| | | Organizacja świadczeń | <p>Świadczenie „Podanie chemioterapii w trybie ambulatoryjnym” może być udzielane:</p> <p>- na oddziale w trybie leczenia jednego dnia lub całodobowym oddziale szpitalnym o profilu: onkologia kliniczna, onkologia i hematologia dziecięca, hematologia, chemioterapia - hospitalizacja, chemioterapia - leczenie jednego dnia, choroby wewnętrzne, endokrynologia, endokrynologia dla dzieci, ginekologia onkologiczna, urologia/urologia dla dzieci, gastroenterologia, gastroenterologia dla dzieci, otorynolaryngologia, otorynolaryngologia dla dzieci, transplantologia kliniczna, transplantologia kliniczna dla dzieci, choroby płuc, choroby płuc dla dzieci, pediatria, chirurgia ogólna, chirurgia dziecięca, chirurgia onkologiczna, radioterapia, brachyterapia,</p> <p>lub</p> <p>- w poradni realizującej poradę specjalistyczną: onkologia, onkologia i hematologia dziecięca, hematologia, gruźlica i choroby płuc, gruźlica i choroby płuc u dzieci, endokrynologia, endokrynologia dla dzieci, chirurgia onkologiczna, chirurgia onkologiczna dla dzieci, urologia, urologia dziecięca, transplantologia.</p> |
| | | Pozostałe wymagania | <p>1) zapewnienie stosowania leków z apteki szpitalnej;</p> <p>2) zapewnienie pobrania materiału do badań z oceną cytologiczną lub histopatologiczną.</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pan Zbigniew Król – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Kamila Malinowska, Zastępca Dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji w Ministerstwie Zdrowia, (22) 63 49 553, e-mail: k.malinowska@mz.gov.pl</p> | <p>Data sporządzenia: 23.05.2017 r.</p> <p>Źródło: Art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.)</p> <p>Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia: MZ 522</p> |
|---|---|

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Wyodrębnienie warunków realizacji dla porady specjalistycznej – choroby wewnętrzne i porady specjalistycznej – pediatria, ma na celu umożliwienie świadczeniodawcom objęcia opieką chorych, w ramach kontynuacji leczenia poszpitalnego, sprawdzenia efektów leczenia, którzy wymagają po wypisie ze szpitala badań kontrolnych i ewentualnej korekty leczenia specjalistycznego, co powinno przyczynić się do zapewnienia lepszej opieki i obniżenia kosztów, poprzez skrócenie czasu hospitalizacji oraz zmniejszenie powikłań lub progresji choroby, a które mogą wynikać z lepszej kontroli choroby i odpowiedniej opieki w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej.

Wyodrębnienie dodatkowo warunków realizacji dla porady specjalistycznej – anestezyjologicznej – ma za zadanie kwalifikowanie ambulatoryjne pacjentów do zabiegów operacyjnych. Realizacja porady umożliwi uzyskanie niezbędnych informacji w zakresie stanu zdrowia pacjenta, analizy dotychczasowych wyników badań, chorób współistniejących, zazywanych leków, co pozwoli na ograniczenie występowania działań niepożądanych podczas zabiegu operacyjnego. Porada przyczyni się to do zapewnienia lepszej opieki i zmniejszenia ryzyka występowania powikłań, a w konsekwencji może przyczynić się do spadku kosztów leczenia powikłań. Realizacja porady ma na celu zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów i podniesienia jakości świadczeń.

Największym problemem pacjentów zakwalifikowanych do udzielenia świadczeń w zakresie tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego jest ograniczona dostępność do przedmiotowych świadczeń. Skala tego problemu znajduje odzwierciedlenie w aktualnych listach oczekujących.

Kolejnym problemem są wątpliwości osoby wykonującej badanie związane z możliwością dostosowania jego zakresu w sposób umożliwiający uzyskanie wyniku odpowiadającego nie tylko przedmiotowi skierowania, ale także postawieniu trafnej diagnozy sytuacji klinicznej pacjenta.

Ponadto pacjenci kierowani są często na badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego bez uprzedniego wykorzystania innych metod diagnostycznych, jak np. świadczenia radiologiczne (RTG), ultrasonograficzne (USG), czy badania laboratoryjne.

Następna kwestia problemowa dotyczy stopnia dostosowania parametrów aparatów tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego do poszczególnych świadczeń wskazanych zakresów.

Istotnym problemem jest również brak jednoznaczności nazewnictwa świadczeń utrudniający proces taryfikacji przez brak spójności produktów rozliczeniowych z terminologią używaną w rozporządzeniach wydawanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.)

Umożliwienie wykonania znieczulenia ogólnego w przypadku realizacji badań TK i MR dla dzieci.

Określenie możliwych miejsc udzielania świadczeń dla świadczenia gwarantowanego – podanie chemioterapii w trybie ambulatoryjnym (załącznik nr 4). W obecnym brzmieniu brak jest uregulowań dot. organizacji udzielania świadczeń wskazujących komórki (nazwy poradni), na podstawie których mogą być kontraktowane i realizowane świadczenia chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych. Wprowadzona zmiana umożliwi kompleksowe kontraktowanie świadczeń z zakresu chemioterapii we wszystkich trzech trybach: trybie hospitalizacji, trybie jednodniowym i trybie ambulatoryjnym.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357 i 2164) wprowadzono następujące zmiany:

- podział na badania podstawowe oraz specjalistyczne mający na celu zróżnicowanie warunków realizacji świadczeń co do wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną ze względu na przynależność do określonej grupy badań. Oczekiwany efektem tej zmiany jest zapewnienie możliwości na etapie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wydzielenia badań podstawowych oraz specjalistycznych jako osobne zakresy, co w kontekście aktualnych list oczekujących powinno wpłynąć na poprawę dostępności do przedmiotowych zakresów świadczeń;
- określono „Warunki uzyskania uprawnienia do świadczenia” odnoszące się do lekarzy, którzy w ramach określonych porad specjalistycznych są upoważnieni do wystawienia skierowania na badanie specjalistyczne tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego. Świadczenia, dla których wprowadzono szczegółowe wskazanie lekarzy uprawnionych do wystawienia skierowania stosuje się w zaawansowanym procesie diagnostyczno-terapeutycznym. Celem regulacji jest racjonalizacja wykorzystania przedmiotowych świadczeń, co powinno przyczynić się do zwiększenia dostępności dla pacjentów w uzasadnionym klinicznie stanie zdrowia;
- informację odnoszącą się do realizowania badań diagnostycznych tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego wyłączenie w uzasadnionych klinicznie sekwencjach -oznacza to, iż zlecający badania powinien podjąć decyzję o zleceniu wskazanych świadczeń, jeżeli wcześniejszy wywiad i dotychczas zastosowane metody diagnostyczne oraz niezbędny czas obserwacji objawów klinicznych okazały się być niewystarczające do postawienia jednoznacznej diagnozy umożliwiającej określenie i wdrożenie właściwego postępowania terapeutycznego;
- udzielenie uprawnienia dla osoby wykonującej badanie dostosowania zakresu badania (wchodzącego w zakres badań podstawowych) w medycznie uzasadnionych przypadkach w sposób umożliwiającej określenie i wdrożenie właściwego postępowania terapeutycznego. W tym celu wprowadzono regulację uzupełniającą dotyczącą „Zakresu rozszerzenia badania” w grupach świadczeń podstawowych, co pozwoli na jednoczesną (w trakcie jednego procesu diagnostycznego) realizację dwóch różnych badań, które dotychczas ze względów formalnych były wykonywane oddzielnie;
- dodano przepis, zgodnie z którym osoba wykonująca badanie zapewnia pacjentom kompletny dostęp do informacji (w formie papierowej i elektronicznej) na temat zasad realizacji badań, szczególnie odnośnie przeciwwskazań względnych i bezwzględnych do jego realizacji od momentu rejestracji. Ponadto realizator wydaje wynik badania wraz z opisem w określonych terminach. Dookreślenie ram czasowych wydania wyników badania wraz z opisem ma na celu zapewnienie płynności procesu diagnostyczno-terapeutycznego;
- dodano przepis wskazujący, iż personel zobligowany jest do obecności w czasie rzeczywistej realizacji badań. Przedmiotowa zmiana ujednoznacznia wymóg prowadzący do zwiększenia bezpieczeństwa pacjenta oraz jakości udzielanych świadczeń;
- podniesiono wymogi dotyczące parametrów aparatów tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego. Zmiana ma na celu zoptymalizowanie jakości, w tym także wiarygodności otrzymywanych obrazów, w zależności od rodzaju badań. Równocześnie wprowadzona regulacja zapewnia, że każdy aparat w ramach wskazanego zakresu powinien być adekwatny do pełnego zakresu badań w danym przypadku klinicznym, co powinno płynąć na zwiększenie rzeczywistej dostępności do świadczeń poprzez zmniejszenie powtórnych realizacji badań;
- dokonano zmiany nomenklatury świadczeń, której celem jest uproszczenie oraz zapewnienie jednoznaczności nazewnictwa świadczeń, procesu taryfikacji oraz zapewnienie spójności produktów rozliczeniowych z zapisami koszykowymi;
- dookreślono możliwość zastosowania znieczulenia w przypadku realizacji badania TK i MR dla dzieci, u których wykonanie takiego badania jest utrudnione ze względu na ograniczoną współpracę.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Przedstawione problemy dotyczące warunków realizacji świadczeń tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego odnoszą się do specyficznych uwarunkowań systemu ochrony zdrowia w Polsce. Z tego względu porównanie rozwiązań w tym zakresie w innych krajach nie jest zasadne.

W odniesieniu do nomenklatury świadczeń w porównywanych państwach Anglii, Australii, Słowenii świadczenia różnicowane są - podobnie jak w rozporządzeniu zmieniającym rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.) - ze względu na obszar/okolicę anatomiczną oraz w zależności od tego, czy w trakcie badania zostanie podany kontrast czy nie. Należy również podkreślić, że rozwiązania zawarte

w rozporządzeniu wzorowane są na systemie australijskim.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

| Grupa | Wielkość | Źródło danych | Oddziaływanie |
|--|--|--|---|
| Świadczeniodawcy realizujący świadczenia w zakresie tomografii komputerowej | Liczba świadczeniodawców (w roku 2016) – 425 Zbiorcza liczba aparatów TK (wśród 425 świadczeniodawców) - 561 | Narodowy Fundusz Zdrowia (dane z 2016r.) | <ul style="list-style-type: none">• Liczba świadczeniodawców, którzy w ramach posiadanej aparatury TK są w stanie - zgodnie z projektem rozporządzenia - realizować wyłącznie świadczenia w zakresie „badań podstawowych” – 188 (liczba aparatów 255)• Liczba świadczeniodawców, którzy w ramach posiadanej aparatury TK są w stanie – zgodnie z projektem rozporządzenia – realizować świadczenia w zakresie badań specjalistycznych (w tym podstawowych) – 130 (liczba aparatów 162)• Łącznie 318 świadczeniodawców jest w stanie realizować badania podstawowe (wśród nich: u 305 świadczeniodawców wszystkie aparaty spełniają wymagania dla badań podstawowych, a u 13 świadczeniodawców co najmniej jeden aparat nie spełnia wymagań dla badań podstawowych)• Liczba świadczeniodawców, którzy w ramach posiadanej aparatury TK – zgodnie z projektem rozporządzenia – nie są w stanie realizować świadczeń w zakresie badań podstawowych i/lub specjalistycznych – 107 (68 świadczeniodawców którzy nie spełniają wymogów sprzętowych; 39 – świadczeniodawców, którzy nie przekazali pełnych danych lub przekazali je w sposób nieprecyzyjny) |
| | | | <ul style="list-style-type: none">• Zbiorcza liczba aparatów – które zostaną wycofane 144, w tym 84 z powodu niespełnienia wymogów dot. parametrów aparatury TK, 60 – z powodu braku danych/ nieprecyzyjnych danych. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| <p>Pacjenci korzystający ze świadczeń w zakresie tomografii komputerowej</p> | <p>Liczba pacjentów (w roku 2016)- 961132</p> | <p>Narodowy Fundusz Zdrowia (dane z 2016r.)</p> | <ul style="list-style-type: none"> W 2016 r. 105 192 pacjentów miało udzielonych więcej niż jedno (2 – 13) badań tomografii komputerowej. Podwyższenie jakości aparatów RM i TK powinno obniżyć ilość powtórnie wykonywanych badań z uwagi na niedostateczną jakość obrazowania. |
| <p>Świadczeniodawcy realizujący świadczenia w zakresie rezonansu magnetycznego</p> | <p>Liczba świadczeniodawców (w roku 2016) – 213 Zbiorecza liczba aparatów RM (wśród 213 świadczeniodawców) - 303</p> | <p>Narodowy Fundusz Zdrowia (dane z 2016r.)</p> | <ul style="list-style-type: none"> Liczba świadczeniodawców, którzy w ramach posiadanej aparatury RM są w stanie - zgodnie z projektem rozporządzenia - realizować wyłącznie świadczenia w zakresie „badań podstawowych” – 113 (liczba aparatów 178) Liczba świadczeniodawców, którzy w ramach posiadanej aparatury RM są w stanie – zgodnie z projektem rozporządzenia – realizować świadczenia w zakresie badań specjalistycznych (w tym podstawowych) – 77 (liczba aparatów 90) Łącznie 190 świadczeniodawców jest w stanie realizować badania podstawowe (wśród nich: u 178 świadczeniodawców wszystkie aparaty spełniają wymagania dla badań podstawowych, u 12 świadczeniodawców co najmniej jeden aparat nie spełnia wymagań dla badań podstawowych) Liczba świadczeniodawców, którzy w ramach posiadanej aparatury RM – zgodnie z projektem rozporządzenia – nie są w stanie realizować świadczeń w zakresie badań podstawowych i specjalistycznych – 23 (dodatkowo u 12 świadczeniodawców co najmniej jeden aparat nie spełnia wymagań dla badań podstawowych) |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> Zbiorecza liczba aparatów – które zostaną wycofane z powodu niespełnienia wymogów dot. parametrów aparatów RM - 34 (dane dot. RM zostały w całości przekazane poprawnie) |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Pacjenci korzystający ze świadczeń w zakresie tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego | Liczba pacjentów (w roku 2016) - 668 364 | Narodowy Fundusz Zdrowia (dane z 2016r.) | W 2016 r. 51 164 pacjentów miało udzielonych więcej niż jedno (2-10 badań) badanie rezonansu magnetycznego. Podwyższenie jakości aparatów RM i TK powinno obniżyć ilość powtórnie wykonywanych badań z uwagi na niedostateczną jakość obrazowania. |
| Wykonanie znieczulenie ogólnego w przypadku realizacji badania TK dla dzieci | Liczba pacjentów: około 5250 | Informacja Konsultanta Krajowego i Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej | Umożliwienie wykonania znieczulenia ogólnego w przypadku realizacji badania TK pozwoli na lepszą diagnostykę z uwagi na fakt, iż w przypadku dzieci istnieje możliwość ograniczonej współpracy. |
| Wykonanie znieczulenie ogólnego w przypadku realizacji badania MR dla dzieci | Liczba pacjentów: około 6800 | Informacja Konsultanta Krajowego i Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej | Umożliwienie wykonania znieczulenia ogólnego w przypadku realizacji badania RM pozwoli na lepszą diagnostykę z uwagi na fakt, iż w przypadku dzieci istnieje możliwość ograniczonej współpracy. |
| Świadczeniodawcy realizujący świadczenie chemioterapia w warunkach ambulatoryjnych | Liczba świadczeniodawców: 197 | Narodowy Fundusz Zdrowia | Wyodrębnienie warunków realizacji dla chemioterapii pozwoli na precyzyjniejsze kontraktowanie i realizowanie świadczenia chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych, umożliwi także kompleksowe kontraktowanie świadczeń z zakresu chemioterapii we wszystkich trzech trybach: trybie hospitalizacji, trybie jednodniowym i trybie ambulatoryjnym |

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt nie był przedmiotem pre-konsultacji.

Termin planowanych konsultacji publicznych został określony na 21 dni.

W ramach konsultacji publicznych projekt został przesłany do zaopiniowania przez następujące podmioty: Unię Metropolii Polskich, Związek Gmin Wiejskich RP, Związek Miast Polskich, Związek Powiatów Polskich, Federację Regionalnych Związków Gmin i Powiatów RP, Konwent Marszałków Województw, Rzecznika Praw Pacjenta, oraz będzie konsultowany z:

- a) konsultantami krajowymi w dziedzinach: alergologia, anestezjologia i intensywne leczenie, angiologia, audiologia i foniatryka, balneologia i medycyna fizykalna, chirurgia dziecięca, chirurgia klatki piersiowej, chirurgia naczyniowa, chirurgia ogólna, chirurgia onkologiczna, chirurgia plastyczna, chirurgia szczękowo-twarzowa, choroby płuc, choroby płuc dzieci, choroby wewnętrzne, choroby zakaźne, dermatologia i wenerologia, diabetologia, diagnostyka laboratoryjna, endokrynologia, endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość, endokrynologia i diabetologia dziecięca, epidemiologia, farmakologia kliniczna, gastroenterologia, gastroenterologia dziecięca, genetyka kliniczna, geriatryka, ginekologia onkologiczna, hematologia, hipertensjologia, immunologia kliniczna, intensywne leczenie, kardiologia, kardiologia dziecięca, medycyna lotnicza, medycyna morska i tropikalna, medycyna nuklearna, medycyna paliatywna, medycyna pracy, medycyna ratunkowa, medycyna rodzinna, medycyna sądowa, medycyna sportowa, mikrobiologia lekarska, nefrologia, nefrologia dziecięca, neonatologia, neurochirurgia, neurologia, neurologia dziecięca, neuropatologia, okulistyka, onkologia i hematologia dziecięca, onkologia kliniczna, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, otorynolaryngologia, otorynolaryngologia dziecięca, patomorfologia, pediatria, pediatria metaboliczna, perinatologia, położnictwo i ginekologia, psychiatria, psychiatria dzieci i młodzieży, radiologia i diagnostyka obrazowa, radioterapia onkologiczna, rehabilitacja medyczna, reumatologia, seksuologia, toksykologia kliniczna, transfuzjologia kliniczna, transplantologia kliniczna, urologia, urologia dziecięca, zdrowie publiczne;
- b) samorządami zawodowymi (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Aptekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych),
- c) związkami zawodowymi oraz stowarzyszeniami reprezentującymi zawody medyczne (tj.: Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych, Ogólnopolski Związek

| | |
|--|-------------------------|
| Źródła finansowania | Brak wpływu finansowego |
| Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń | Brak wpływu finansowego |

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

Skutki

| Czas w latach od wejścia w życie zmian | | 0 | 1 | 2 | 3 | 5 | 10 | Łącznie (0-10) |
|---|--|---|---|---|---|---|----|----------------|
| W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.) | duże przedsiębiorstwa | | | | | | | |
| | sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw | | | | | | | |
| | rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe (dodaj/usuń) | | | | | | | |
| W ujęciu niepieniężnym | duże przedsiębiorstwa | | | | | | | |
| | sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw | | | | | | | |
| | rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe | | | | | | | |
| Niemierzalne | (dodaj/usuń) | | | | | | | |
| | (dodaj/usuń) | | | | | | | |

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość.

Jednocześnie należy zauważyć, iż konieczność wymiany sprzętu w przypadku realizacji badań TK i MR, przewidziana jest przez świadczeniodawców w uwagi na fakt, iż następuje eksploatacja sprzętu i konieczne jest jego wymiana, co nie powinno znacząco wpłynąć na funkcjonowanie przedsiębiorców. Dodatkowo zgodnie z informacjami przekazanymi przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Narodowy Fundusz Zdrowia, obecnie 80% świadczeniodawców spełnia wymagania określone w projektowanym rozporządzeniu.

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

X nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).

- tak
 nie
 nie dotyczy

- zmniejszenie liczby dokumentów
 zmniejszenie liczby procedur
 skrócenie czasu na załatwienie sprawy
 inne:

- zwiększenie liczby dokumentów
 zwiększenie liczby procedur
 wydłużenie czasu na załatwienie sprawy
 inne:

Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.

- tak
 nie
 nie dotyczy

Komentarz: Brak.

9. Wpływ na rynek pracy

Brak wpływu

10. Wpływ na pozostałe obszary

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> inne: | <input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe | <input type="checkbox"/> informatyzacja <input checked="" type="checkbox"/> zdrowie |
| Omówienie wpływu | <p>Projektowane rozporządzenie wprowadza rozwiązania, które wpłyną pozytywnie na poprawę dostępności do świadczeń TK i MR.</p> <p>Projektowane rozporządzenie pozwoli również na podniesienie jakości udzielanych świadczeń i bezpieczeństwo świadczeniobiorców.</p> | |
| 11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego | | |
| <p>Planowany termin wejścia w życie rozporządzenia to 14 dniu po dniu ogłoszenia. Równocześnie celem Ministra Zdrowia jest zapewnienie płynności wprowadzenia powyższych zmian uwzględniając specyfikację aparatów aktualnie dostępnych na rynku świadczeń zdrowotnych. W związku z powyższym dla zmian w zakresie wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz w kwestii zatrudnienia pielęgniarki przewidziano okres dostosowawczy do 1 lipca 2018 roku.</p> | | |
| 12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane? | | |
| <p>Miernikiem oceny efektu wprowadzonych zmian będzie zmiana czasu oczekiwania (kolejki oczekujących) na badania diagnostyczne rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej. Ewaluacja efektów projektu będzie możliwa za 2-3 lata ze względu na przewidziany okres dostosowania się świadczeniodawców do nowych wymagań.</p> <p>Miernikiem będzie skrócenie czasu hospitalizacji oraz zmniejszenie powikłań lub progresji choroby, które mogą wynikać z lepszej kontroli choroby i odpowiedniej opieki w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – porada choroby wewnętrzne i pediatria.</p> | | |
| 13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.) | | |