

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia2010 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

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

§ 1.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1139 i Nr 211 poz. 1642) [załączniki nr 1 - 4](#) do rozporządzenia otrzymują brzmienie określone w załączniku do niniejszego rozporządzenia.

§ 2.

Przepisy rozporządzenia stosuje się do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych na rok 2011 i lata następne.

§ 3.

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

Minister Zdrowia

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

²⁾Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374 oraz z 2010r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz.679, Nr 125, poz. 842 i Nr 127, poz. 857.

Uzasadnienie

Przedmiotowe rozporządzenie zmienia rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej ogłoszonego w Dz. U. Nr 139, poz. 1139 i Nr 211, poz. 1642, realizujące delegację ustawową zawartą w art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

Intencją wprowadzanych zmian było wyeliminowanie niejasności niektórych przepisów i uniknięcie sytuacji dopuszczających możliwość rozbieżnych interpretacji oraz zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej poprzez umożliwienie świadczeniodawcom realizacji świadczeń bez zbędnych kosztów i podejmowania zbytecznych działań w granicach utrzymania poziomu jakości świadczeń i zachowania bezpieczeństwa dla świadczeniobiorców.

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

W przedmiotowym projekcie zaproponowano następujące zmiany:

1. W załączniku 1 w części I w pkt 1 ppkt 2 zmieniono brzmienie z: „poradę lekarską udzielaną w domu świadczeniobiorcy, w przypadkach uzasadnionych jego stanem zdrowia” na: „poradę lekarską udzielaną w domu świadczeniobiorcy w przypadkach uzasadnionych medycznie”.
Proponowana zmiana zmierza do doprecyzowania obecnie obowiązującego przepisu i ma pozwolić uniknąć sytuacji, w których dochodzić by mogło do nieuzasadnionego względami medycznymi korzystania przez ubezpieczonych z porad udzielanych w domu świadczeniobiorcy.
2. W załączniku nr 1 w części I pkt 2 ppkt 1-3 wprowadzono następujące zmiany:
„2. Świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej są udzielane z zachowaniem następujących warunków:
1) świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu ich udzielania od poniedziałku do piątku, w godzinach pomiędzy 800 a 1800, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy;
2) w filiach świadczeniodawcy dopuszcza się zapewnienie dostępności do świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w wybranych dniach i godzinach, zgodnie z harmonogramem pracy filii, w czasie krótszym niż od 8.00 do 18.00, jeżeli w tych godzinach świadczeniobiorcy mają zapewnione udzielanie świadczeń gwarantowanych w innym miejscu będącym jednostką organizacyjną tego świadczeniodawcy na zasadach określonych w ust 2 pkt1;
3) w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia świadczeniobiorcy świadczenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej jest udzielane w dniu zgłoszenia, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy;”.
Z uwagi na dotychczasową praktykę nie wydaje się zasadnym określanie sztywnego przedziału czasowego, w którym lekarz podstawowej opieki zdrowotnej zobowiązany byłby udzielać świadczeń opieki zdrowotnej (obecnie od godziny 8.00 do godziny 18.00, tj. 10 godzin dziennie). Wystarczającym wydaje się posłużenie się zaproponowanym wyrażeniem w godzinach pomiędzy 8.00 a 18.00 zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy. Harmonogram pracy świadczeniodawcy ustalany z NFZ gwarantuje zachowanie dziennej dostępności do świadczeń w wymiarze czasu nie mniejszym niż 7 godzin 35 minut.
3. W załączniku nr 1 w części I pkt 2 ppkt 5 nadano brzmienie:
„5) w celu realizacji zabiegów i procedur diagnostyczno-terapeutycznych w trakcie udzielanej porady lekarskiej oraz tych wynikających z udzielanej porady oraz szczepień ochronnych wynikających z zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, świadczeniodawca zapewnia funkcjonowanie gabinetu zabiegowego od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, w tym punktu szczepień dostępnego co najmniej raz w tygodniu, także po godzinie 15.00.”.
Proponowana zmiana ma na celu wskazanie, że gabinet zabiegowy prowadzony przez świadczeniodawcę POZ służyć ma obok realizacji zabiegów i szczepień ochronnych wynikających z zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej także realizacji procedur diagnostyczno-terapeutycznych w trakcie udzielanej porady lekarskiej.
4. W załączniku nr 1 w części I ust. 1 dodano pkt 8, w załączniku nr 2 w części I ust. 1 dodano pkt 6, w załączniku nr 3 w części I ust. 2 dodano pkt 5 w brzmieniu: „świadczenia realizowane w ramach programów zdrowotnych Narodowego Programu Zdrowia.”
5. W załączniku nr 1 części I dodano ust. 5 w brzmieniu: „W przypadku zlecenia pielęgniарce podstawowej opieki zdrowotnej wykonanie czynności będących w zakresie zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej realizowanych w gabinecie zabiegowym, świadczeniodawca ponosi koszty zlecanych świadczeń”.
Proponowany przepis ma na celu doprecyzowanie zasad opłacania wykonywania przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej zadań zleconych z zakresu kompetencji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.
6. W załączniku nr 1 w części III w tytule kolumny II po wyrazie: „Wiek” dodano wyrazy: „albo etap edukacji” klasa 0 (6 albo 7 lat ***), klasa III - 10 lat, klasa V - 12 lat, I gimnazjum - 13 lat, klasa I szkoły ponadgimnazjalnej - 16 lat, ostatnia klasa szkoły ponadgimnazjalnej do ukończenia 19 lat.
Cel i zakres profilaktycznych badań lekarskich populacji dzieci i młodzieży w wieku szkolnym są zróżnicowane pod kątem fazy rozwoju dziecka oraz zadań edukacyjnych związanych z realizacją przez dziecko obowiązku szkolnego. Należy mieć na względzie, że wprowadzona zmiana przepisów ustawy o systemie oświaty obniża wiek rozpoczęcia realizacji obowiązku szkolnego, co z kolei będzie skutkowało koniecznością zmiany terminów profilaktycznych badań lekarskich z uwzględnieniem, między innymi, oceny dojrzałości szkolnej we wcześniejszych latach życia dziecka. Zaproponowany przepis pozwoli na skorelowanie przepisów w zakresie ochrony zdrowia uczniów oraz regulacji w zakresie realizacji obowiązku szkolnego przez dzieci i młodzież.
7. W załączniku nr 1, cz. III, pkt 8, kolumna II do zapisu: „5 lat” dodano „**” oraz umieszczono pod tabelą komentarz: „u dziecka 5-letniego w klasie 0 – zakres profilaktycznego badania lekarskiego (bilansu zdrowia), jak w wieku 6 lat.”.
Wprowadzona zmiana przepisów ustawy o systemie oświaty obniża wiek rozpoczęcia realizacji obowiązku szkolnego do 5 lat. Z tego względu zasadne jest przeprowadzenie profilaktycznego badania lekarskiego, z uwzględnieniem oceny dojrzałości szkolnej dziecka 5-letniego, które rozpoczyna edukację w klasie 0 w przedszkolu lub szkole.

8. W załącznik nr 1, cz. III, pkt 9 – 14, kolumna II 6 albo 7 lat **, 10 lat, 12 lat, 13 lat, 16 lat, 19 lat proponuje się odpowiednio dodać klasę. Cel i zakres profilaktycznych badań lekarskich populacji dzieci i młodzieży w wieku szkolnym są zróżnicowane pod kątem fazy rozwoju dziecka oraz zadań edukacyjnych związanych z realizacją przez dziecko obowiązku szkolnego. Należy mieć na względzie, że wprowadzona zmiana przepisów ustawy o systemie oświaty obniża wiek rozpoczęcia realizacji obowiązku szkolnego, co z kolei będzie skutkowało koniecznością zmiany terminów profilaktycznych badań lekarskich z uwzględnieniem, między innymi, oceny dojrzałości szkolnej we wcześniejszych latach życia dziecka. Zaproponowany zapis pozwoli na skorelowanie przepisów w zakresie ochrony zdrowia uczniów oraz regulacji w zakresie realizacji obowiązku szkolnego przez dzieci i młodzież
9. W załącznik nr 1, cz. III, pkt 9, kolumna II do wyrażenia „6 albo 7 lat **” dodano „*” oraz umieszczono pod tabelą komentarz: „* Badanie przeprowadza się w przypadku braku profilaktycznego badania lekarskiego (bilansu zdrowia) wykonywanego w wieku 6 lat.”.
Profilaktyczne badanie lekarskie (bilans zdrowia), którego celem jest ocena dojrzałości szkolnej dziecka wykonuje się u dziecka 6-letniego. Niemniej, z uwagi na występowanie przypadków braku przeprowadzenia tego badania dopuszcza się wykonanie badania u dziecka 7-letniego.
10. W załączniku nr 1 w części III w pkt 9 lit. c, pkt 12 lit. c, pkt 13 lit. c oraz w pkt 14 lit. c dodano po wyrazie „innej” wyraz „dostępnej”. Zmiana ma na celu doprecyzowanie, że lekarz przeprowadzając badanie profilaktyczne zobowiązany jest dokonać analizy dokumentacji medycznej pacjenta, tylko w takim zakresie w jakim jest ona mu dostępna w chwili przeprowadzania badania.
11. W załączniku nr 1 w części III w pkt 5 ppkt 1, pkt 6 ppkt 1, pkt 7 ppkt 2, pkt 9 ppkt 2 lit. a, pkt 10 pkt 2 lit. a, pkt 11 ppkt 2, pkt 12 ppkt 2 lit. a, pkt 13 ppkt 2 lit. a, pkt 14 ppkt 2 lit. a, po wyrazach: „pomiar: obwodu głowy i klatki piersiowej, masy i długości ciała” dodano wyrazy: „w tym określenie współczynnika masy ciała – Body Mass Index - BMI” - zmiana ma na celu doprecyzowanie istniejącej treści.
12. W załączniku nr 1 w części III w pkt 6, pkt 7, pkt 8, pkt 9, pkt 10, pkt 11, pkt 12, pkt 13, pkt 14 wyrazy: „bilans zdrowia, w tym” zastąpiono wyrazami: „profilaktyczne badania lekarskie (bilans zdrowia) obejmują” - zmiana ma na celu ujednoczenie nazewnictwa z innymi przepisami (np. ustawa z 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej).
13. W załączniku nr 1 zmieniono tytuł części IV na: „Część IV. Świadczenia medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nieobrazowej związane z realizacją świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej”. Zmiana ma na celu doprecyzowanie, że katalog świadczeń określony w części IV załącznika nr 1 dotyczy wyłącznie świadczeń związanych z realizacją świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.
14. W załączniku nr 1 w części IV pkt 9 ppkt 3 proponuje się zastąpić dwoma podpunktami w brzmieniu:
„3) zdjęcie czaszki;
4) zdjęcie zatok;”
Proponowana zmiana zmierza do usunięcia zawartego w obecnym brzmieniu ppkt 3 wskazania, że zdjęcie czaszki i zatok wykonywane jest w projekcji AP i bocznej.
15. W załączniku nr 1 w części V w pkt 2 dodano dodatkowy ppkt w brzmieniu:
„Lekarze pomocnicy”
Lekarz o kwalifikacjach równych lekarzowi przyjmującemu deklarację wyboru i udzielający świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy.”.
Wprowadzenie do części V załącznika nr 1 rozporządzenia dodatkowej kategorii personelu udzielającego świadczeń z zakresu lekarza POZ, tj. lekarza pomocnika, zmierza do odzwierciedlenia w przepisach prawa stanu faktycznego czyli sytuacji, w której u danego świadczeniodawcy świadczenia opieki zdrowotnej wykonuje lekarz o kwalifikacjach równych kwalifikacjom lekarza przyjmującego deklarację wyboru.
16. W załączniku nr 1 w części V w pkt 3 w ppkt 2 po wyrazach: „gabinet zabiegowy” dodaje się wyrazy: „dla realizacji w trakcie udzielania porady lekarskiej zabiegów i procedur diagnostyczno-terapeutycznych związanych bezpośrednio z udzielaną poradą lekarską lub będących konsekwencją udzielanej porady;”
Zmiana zmierza do dookreślenia celu w jakim świadczeniodawca musi zapewnić w swej siedzibie gabinet zabiegowy.
17. W załączniku nr 1 w części V w pkt 1 ppkt 1.4 oraz w pkt 2 ppkt 2.5 wyrazy: „pracownik medyczny wykonujący szczepienia ochronne” zastąpiono wyrazami: „osoba przeprowadzająca szczepienia ochronne” - wprowadzona zmiana jest zgodna z przepisami art. 17 ust. 6 i 8 ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2008 r. Nr 234, poz. 1570 oraz z 2009 r. Nr 76, poz. 641). Ponadto dalsza część przepisu jednoznacznie wskazuje na konieczność posiadania uprawnień do wykonywania szczepień.
18. W załączniku nr 1 w części V w pkt 4 ppkt 2 wyrazy: „podstawowy zestaw reanimacyjny” zastąpiono wyrazami: „zastaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej”. Wprowadzona zmiana ma na celu doprecyzowanie pojęć dotyczących sprzętu i wyposażenia dla świadczeń lekarza POZ tj. podstawowy zestaw reanimacyjny, zestaw przeciwwstrząsowy, podstawowy zestaw chirurgiczny oraz zabiegów wykonywanych przez lekarza POZ. Zgodnie z treścią § 2 ust. 1 pkt 30 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 marca 2000 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia, urządzenia i sprzęt medyczny, służące wykonywaniu indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej praktyki lekarskiej i grupowej praktyki lekarskiej (Dz. U. Nr 20, poz. 254).
19. W załączniku nr 2 w części 1 pkt 1 ppkt 2 otrzymuje brzmienie:
„2) wizytę realizowaną w domu wiadczeniobiorcy w przypadkach uzasadnionych medycznie;”. Proponowana zmiana, analogicznie jak w przypadku lekarzy, zmierza do doprecyzowania obecnie obowiązującego przepisu i ma pozwolić na uniknięcie sytuacji, w których dochodzić by mogło do nieuzasadnionego względami medycznymi korzystania przez ubezpieczonych z porad udzielanych w domu świadczeniobiorcy.
20. W załączniku nr 2 w części I pkt 2 ppkt 1 otrzymuje brzmienie:
„2. 2. Świadczenia gwarantowane pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej są realizowane z zachowaniem następujących warunków:
1) świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu ich udzielania od poniedziałku do piątku, w godzinach pomiędzy 800 a 1800, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy;”
Analogicznie jak w przypadku lekarzy, nie wydaje się zasadnym określanie sztywnego przedziału czasowego, w którym pielęgniarka POZ zobowiązana byłaby do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, stąd wystarczającym

wydać się posłużenie się zaproponowanym wyrażeniem w godzinach pomiędzy 8.00 a 18.00 zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy.

21. W załączniku nr 2 w części 1 pkt 3 przepis „Świadczenia pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej realizowane w domu świadczeniobiorcy są udzielane wyłącznie w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy, w tym również w domu pomocy społecznej. Realizacja świadczeń odbywa się zgodnie z ustalonym dla świadczeniobiorcy indywidualnym planem opieki” zastąpiono zapisem „Świadczenia pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej realizowane w domu świadczeniobiorcy, w tym również w domu pomocy społecznej odbywają się zgodnie z ustalonym dla świadczeniobiorcy indywidualnym planem opieki.” Wprowadzona zmiana ma celu doprecyzowanie istniejącej treści.
22. W załączniku nr 2 w części 1 pkt 4 po wyrazach: „badań diagnostycznych” wykreślono wyraz „także” proponowana zmiana ma na celu doprecyzowanie istniejącej treści.
23. W załączniku nr 2 w części II pkt 4 ppkt 1, pkt 5 ppkt 1, pkt 6 ppkt 1 oraz pkt 7 ppkt 1 po wyrazach: „pomiarów wzrostu i masy ciała” dodano wyrazy: „w tym określenie współczynnika masy ciała – Body Mass Index - BMI” - zmiana ma na celu doprecyzowanie istniejącej treści.
24. W załączniku nr 2 w części II pkt 7 kolumna II do wyrażenia „5 lat” dodaje się „**” oraz umieszcza pod tabelą komentarz: „u dziecka 5-letniego w klasie 0 – zakres testu przesiewowego, jak w wieku 6 lat. Wprowadzona zmiana przepisów ustawy o systemie oświaty obniża wiek rozpoczęcia realizacji obowiązku szkolnego do 5 lat. Z tego względu u dziecka 5-letniego, które rozpoczyna edukację w klasie 0 w przedszkolu lub szkole zasadne jest przeprowadzenie testu przesiewowego w zakresie przewidzianym dla dziecka 6-letniego.
25. . W załączniku nr 2 w części IV pkt 4 ppkt 1f) nadano brzmienie:
„f) zestaw do wykonywania iniekcji i do przetaczania płynów infuzyjnych,”
Proponowana zmiana polega na rozszerzeniu katalogu wyposażenia gabinetu pielęgniarstwa POZ o zestaw do przetaczania płynów infuzyjnych. W praktyce w gabinecie pielęgniarstwa są bowiem wykonywane zabiegi do wykonywania, których niezbędny jest tego rodzaju sprzęt.
26. W załączniku nr 3 w części 1 pkt 1 ppkt 2 nadano brzmienie:
„2) wizytę realizowaną w domu świadczeniobiorcy, w przypadkach uzasadnionych medycznie;”. Proponowana zmiana, analogicznie jak w przypadku lekarzy, zmierza do doprecyzowania obecnie obowiązującego przepisu i ma pozwolić na uniknięcie sytuacji, w których dochodzić by mogło do nieuzasadnionego względami medycznymi korzystania przez ubezpieczonych z porad udzielanych w domu świadczeniobiorcy.
27. W załączniku nr 3 w części I pkt 2 ppkt 1 otrzymuje brzmienie:
„2. 2. Świadczenia gwarantowane położnej podstawowej opieki zdrowotnej są realizowane z zachowaniem następujących warunków:
1) świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń położnej podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu ich udzielania od poniedziałku do piątku, w godzinach pomiędzy 800 a 1800, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy;”
Analogicznie jak w przypadku lekarzy, nie wydaje się zasadnym określanie sztywnego przedziału czasowego, w którym pielęgniarstwo podstawowej opieki zdrowotnej zobowiązana byłaby do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, stąd wystarczającym wydaje się posłużenie się zaproponowanym wyrażeniem w godzinach pomiędzy 8.00 a 18.00 zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy.
28. W załączniku nr 3 w części III w pkt 2 na końcu dodaje się wyrazy: „w dniach i godzinach dostępności świadczeń zgodnie z warunkami umowy zawartej ze świadczeniodawcą”.
Proponowana zmiana służy doprecyzowaniu zasad dostępności do świadczeń położnej POZ, które są określone w warunkach umowy zawartej ze świadczeniodawcą.
29. W załączniku nr 4 w części II, tytuł kolumny II: „Wiek” nadaje się brzmienie „Wiek albo etap edukacji”. Cele i zakres testów przesiewowych wykonywanych u uczniów pozostają w korelacji z etapami edukacyjnymi realizowanymi przez uczniów. Z tego względu konieczne jest wskazanie, na jakim etapie edukacji dziecka świadczenia te winny być realizowane.
30. W załączniku nr 4 w części II, tytuł kolumny II pkt 1- 6 nadaje się brzmienie, „klasa 0 (6 albo 7 lat ***)”, „klasa III 10 lat”, „klasa V 12 lat”, „I gimnazjum 13 lat”, „Klasa I szkoły ponadgimnazjalnej 16 lat”, „Ostatnia klasa szkoły ponadgimnazjalnej do ukończenia 19 lat”.
31. Załącznik nr 4, cz. II, pkt 1 kolumna II „6 albo 7 lat *” po wyrażeniu „7 lat” dodaje się * oraz umieszcza pod tabelą komentarz: „Badanie wykonuje się w przypadku braku testu przesiewowego wykonywanego w wieku 6 lat.
Testy przesiewowe należy wykonać u dziecka 6-letniego, przed rozpoczęciem nauki w szkole. Niemniej, z uwagi na występowanie przypadków braku przeprowadzenia testów w tym okresie życia dziecka dopuszcza się ich wykonanie u dziecka 7-letniego.
32. W załączniku nr 4 w części III pkt 2.1 nadaje się brzmienie:
„Od poniedziałku do piątku, w dniach i godzinach dostępności świadczeń zgodnie z warunkami umowy zawartej ze świadczeniodawcą, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, według norm dotyczących zalecanej liczby uczniów na jedną pielęgniarkę lub higienistkę szkolną, traktowanej dla poszczególnych typów szkół jako wartość dla jednego etatu przeliczeniowego w następujących typach szkół:”
Proponowana zmiana służy doprecyzowaniu zasad dostępności do świadczeń pielęgniarstwa lub higienistki szkolnej, które są określone w warunkach umowy zawartej ze świadczeniodawcą. Projektowane zmiany załącznika nr 4 - Wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarstwa, higienistki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania i wychowania, obejmują rozszerzenie i uzupełnienie wykazu świadczeń, zakresu testów przesiewowych, jak również zmiany warunków realizacji świadczeń gwarantowanych pielęgniarstwa, higienistki szkolnej.

Wykaz świadczeń pielęgniarstwa, higienistki szkolnej rozszerzono o zadanie: edukacja w zakresie zdrowia jamy ustnej. Wobec braku skuteczności systemowych rozwiązań odnoszących się do umacniania zdrowia jamy ustnej dzieci i młodzieży, pielęgniarstwo będzie realizowała działania edukacyjne skierowane do ucznia oraz jego rodziców/ opiekunów. Ponadto, uszczegółowiono schemat grupowej profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania z

zachowaniem 6 tygodniowych odstępów pomiędzy zabiegami, warunkującego skuteczność procedury. Z uwagi na obserwowany w ostatnich latach wzrost liczby dzieci i młodzieży z nadwagą i otyłością, przy kształtowaniu projektu uwzględniono rekomendacje Instytutu Matki i Dziecka, rozszerzając zakres testów przesiewowych o określenie współczynnika masy ciała BMI we wszystkich grupach wiekowych.

W projekcie uwzględniono zmiany warunkujące poprawę sprawowania opieki nad uczniami przewlekłe chorymi i niepełnosprawnymi, poprzez wydzielenie zapisu dotyczącego zadań pielęgniarki w tym zakresie oraz wykreślenie słów „w zależności od typu szkoły”. Zakres opieki zdrowotnej realizowanej przez pielęgniarkę zależy bowiem od rodzaju choroby czy niepełnosprawności ucznia, bez względu na typ szkoły, do której uczeń uczęszcza. Uczniowie niepełnosprawni w trakcie pobytu w szkole mogą wymagać dodatkowych świadczeń pielęgniarskich, których rodzaj i zakres określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo połączoną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210 poz. 1540).

Proponowane zmiany w części III załącznika Nr 4 – Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych pielęgniarki/higienistki szkolnej dotyczą wymaganej dostępności personelu. W projekcie uwzględniono specyfikę funkcjonowania szkoły (tryb i czas trwania zajęć szkolnych – najczęściej w godzinach 8.00 - 13.30), warunkującą realną możliwość realizacji świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę/ higienistkę szkołą oraz liczbę uczniów w szkole. Dla szkół podstawowych, w których liczba uczniów nie przekracza 150 osób (najczęściej – szkół wiejskich), do wyliczenia liczby uczniów przypadających na etat przeliczeniowy zastosowano wskaźnik 2, jak w klasach sportowych. Celem tej zmiany jest poprawa dostępności uczniów tych szkół do świadczeń profilaktycznej opieki zdrowotnej realizowanych przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania. Jak wynika z Raportu: „Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami w roku szkolnym 2008/2009”, opracowanego przez Instytut Matki i Dziecka, nierówności w dostępie do profilaktycznej opieki zdrowotnej, najbardziej dotyczą uczniów szkół wiejskich wszystkich typów. Zgodnie z danymi, pielęgniarki w szkołach wiejskich mają pod opieką kilka szkół z małą liczbą uczniów, które znajdują się zwykle w dużej odległości od siebie. Sytuacja ta powoduje, że pielęgniarka jest obecna w każdej ze szkół rzadziej, niż 1 raz w tygodniu. Z uwagi na powyższe, wydłużono minimalny czas dostępności pielęgniarki w jednym dniu, przy równoczesnym obniżeniu częstotliwości w tygodniu, w zależności od liczby uczniów w szkole. Racjonalizacja czasu pracy pielęgniarki uwzględni również normę 40 godzinowego tygodnia pracy.

Zakłada się wejście w życie projektowanego rozporządzenia z dniem ogłoszenia. Powyższy termin uzasadniony jest koniecznością prawidłowego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, co stanowi ważny interes państwa w rozumieniu przepisu art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2007 r. Nr 68, poz. 449, z późn. zm.). Z powyższych względów, tak określone terminowi nie sprzeciwiają się także zasady demokratycznego państwa prawnego.

Zmiany dokonane w rozporządzeniu nie powodują skutków finansowych.

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Regulacja oddziałuje na ministra właściwego do spraw zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, świadczeniodawców realizujących świadczenia lub ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz świadczeniobiorców.

2. Konsultacje społeczne

W ramach szerokich konsultacji społecznych projekt zostanie przesłany do zaopiniowania organizacjom zrzeszającym świadczeniobiorców i świadczeniodawców, w tym do następujących podmiotów: Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Radzie Aptekarskiej, Związek Powiatowych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Wielkopolskiego – Organizacja Pracodawców w Gnieźnie, Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, Wielkopolski Związek Zakładów Opieki Zdrowotnej – Organizacja Pracodawców, Stowarzyszenie Szpitali Powiatowych Województwa Małopolskiego, „Porozumienie Zielonogórskie” Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia, Konsorcjum Szpitali Wrocławskich, Izba Lecznictwa Polskiego, Ogólnopolski Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych, Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych Lewiatan, Konfederacja Pracodawców Polskich, Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych, Związek Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego, Gdański Związek Pracodawców, Związek Pracodawców Służby Zdrowia w Łodzi, Stowarzyszenie Organizatorów i Promotorów Opieki Długoterminowej „SOPOD” w Toruniu, Mazowiecki Związek Pracodawców SP ZOZ, Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego, Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolski Związek Pracodawców Opieki Zdrowotnej, Federacja Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej, Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych ZOZ Warmii i Mazur, Unia Szpitali Klinicznych, Forum Związków Zawodowych Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy Radiologów, Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Radioterapii Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych „Medyk”, Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników

Medycznych Elektroradiologii, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Bloku Operacyjnego, Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Związek Zawodowy Farmaceutów, Związek Zawodowy Anestezjologów, Związek Zawodowy Chirurgów Polskich, Związek Zawodowy Neonatologów, Związek Zawodowy Lekarzy Specjalności Chirurgicznych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Fizjoterapii, Stowarzyszenie Magistrów i Techników Farmacji, Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych, Stowarzyszenie Menedżerów Ochrony Zdrowia, Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia, Business Center Club, Związek Rzemiosła Polskiego, Unia Metropolii Polskich, Związek Gmin Wiejskich RP, Związek Miast Polskich, Związek Powiatów Polskich, Federacja Regionalnych Związków Gmin i Powiatów RP, Konwent Marszałków Województw, Stowarzyszenie Primum Non Nocere, Federacja Pacjentów Polskich, Stowarzyszenie Unia Uzdrowisk Polskich, Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego, Stowarzyszenie Przedstawicieli Firm Farmaceutycznych w Polsce, Polskie Stowarzyszenie Producentów Leków bez Recepty PASMI, Unia Farmaceutów Właścicieli Aptek, Związek Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych, Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARM, Polskie Towarzystwo Ortoptyki i Protetyki Narządu Ruchu, Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne, Polskie Towarzystwo Neurologiczne, Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej, Polskie Towarzystwo Urologiczne. Projekt rozporządzenia, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42 poz. 337), zostanie opublikowany na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

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

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

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

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

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

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

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

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

7. Wpływ regulacji na zdrowie ludzi

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

8. Ocena zgodności regulacji z prawem Unii Europejskiej

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.