

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

**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 2017 r. poz. 1938, 2110, 2217, 2361 i 2434) 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 oraz z 2017 r. poz. 1244, 1766 i 2423) wprowadza się następujące zmiany:

1) w załączniku nr 2 do rozporządzenia:

- a) w części I „M. Badania genetyczne” dodaje się lp. 917 w brzmieniu określonym w załączniku nr 1 do niniejszego rozporządzenia,
- b) w części „VII. Świadczenia medycyny nuklearnej” dodaje się lp. 10 w brzmieniu określonym w załączniku nr 2 do niniejszego rozporządzenia;

2) w załączniku nr 5 do rozporządzenia:

- a) w lp. 17 w części „Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną” pkt 1 otrzymuje brzmienie:  
„1) co najmniej dwa akceleratory linowe z kolimatorem wielolistkowym i systemem wizualizacji wiązki promieniowania (EPID), generujące co najmniej dwie wiązki promieniowania fotonowego, przy czym co najmniej jedną o niskiej energii między 6-9 MeV, oraz co najmniej jedną o energii powyżej 9 MeV; wiązki elektronowe powinny posiadać co najmniej trzy energie w zakresie od 6 MeV wzwyż;”;
- b) w lp. 19 w części „Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną” pkt 1 otrzymuje brzmienie:  
„1) co najmniej jeden aparat do brachyterapii (zdalnego sterowania) do aplikacji źródeł o średniej (MDR) lub wysokiej mocy dawki (HDR, PDR);”;

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 13 grudnia 2017 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2328).

Projekt z dnia 28.12.2017 r.

c) dodaje się lp. 22-24 w brzmieniu określonym w załączniku nr 3 do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2018 r.

**MINISTER ZDROWIA**

Za zgodność pod względem  
prawnym i redakcyjnym

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Departamentu Prawnego

*Alina Budziszewska-Makulska*

*29.12.2017*

ZASTĘPCA DYREKTORA  
Departamentu Analiz i Strategii

*Kamila Malinowska*

*pod względem  
merytorycznym*

## 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 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.).

Projekt rozporządzenia wprowadza zmiany w załączniku nr 2 oraz w załączniku nr 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej przez dodanie do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zwanego dalej „wykazem”, nowych świadczeń opieki zdrowotnej, które zostały zakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane:

- diagnostyka cukrzycy monogenowej;
- diagnostyka zaburzeń czynności układu pozapiramidowego w przebiegu schorzeń – zwyrodnieniowych ośrodkowego układu nerwowego za pomocą radiofarmaceutyków;
- hemodiafiltracja (HDF);
- system ciągłego monitorowania glikemii (CGM) u osób z cukrzycą;
- zastosowanie znakowanych radioizotopowo peptydów w leczeniu chorych na nieoperacyjne guzy neuroendokrynne.

### **Diagnostyka cukrzycy monogenowej**

Wprowadzenie diagnostyki i modyfikacji leczenia pacjentów z cukrzycą monogenową stanowi realizację rekomendacji nr 87/2015 z dnia 6 listopada 2015 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zwanej dalej „AOTMiT”, w sprawie zakwalifikowania świadczenia "Diagnostyka i modyfikacja leczenia pacjentów z cukrzycą monogenową", w której Prezes AOTMiT, biorąc pod uwagę stanowisko Rady Przejrzystości, a także przedstawione dowody naukowe, uznał za zasadne zakwalifikowanie powyższego świadczenia opieki zdrowotnej, jako świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Implementacja powyższego świadczenia do wykazu jest zasadna zarówno z klinicznego jak i ekonomicznego punktu widzenia. Dowody naukowe, na których oparł się Prezes AOTMiT dla populacji z mutacją w genach ABCC8 oraz KCNJ11 wskazują na uzyskanie efektu terapeutycznego po wykryciu mutacji i zmianie dotychczasowego leczenia. W chwili obecnej w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych brak jest alternatywnego świadczenia w zakresie diagnostyki cukrzycy monogenowej, podczas gdy zgodnie z danymi epidemiologicznymi populacja pacjentów wymagających diagnostyki genetycznej oraz zmiany leczenia w Polsce może obejmować około 5 000 osób.

Świadczenie: "Diagnostyka cukrzycy monogenowej" realizuje zatem skonkretyzowaną i niezaspokojoną dotychczas potrzebę zdrowotną, dotyczącą populacji dzieci, które ze względu na brak diagnostyki nie zawsze są dziś leczone adekwatnie do przyczyn. Wprowadzenie powyższego świadczenia zdeterminuje zastosowanie celowanej, efektywnej i tańszej interwencji medycznej, względem insulinoterapii.

Powyższy cel będzie osiągnięty przez przeprowadzenie badania genetycznego w ramach świadczenia ambulatoryjnego diagnostycznego oraz przeprowadzenie kolejnych dwóch porad ambulatoryjnych po uzyskaniu wyniku badania genetycznego mających na celu zmianę leczenia z insulinoterapii na leczenie ukierunkowane defektem genetycznym, którym będzie zastosowanie pochodnych sulfonylomocznika lub diety.

Jednocześnie należy wskazać, że wprowadzenie świadczenia: "Diagnostyka cukrzycy monogenowej", jest ekonomicznie uzasadnione, co wyraża się w tym, iż koszt strategii polegającej na przeprowadzeniu badania genetycznego i modyfikacji leczenia u chorych z cukrzycą monogenową jest niższy o ok. 3 tys. zł (z perspektywy płatnika publicznego) oraz o ok. 4,4 tys. zł (z perspektywy płatnika publicznego i pacjenta) w porównaniu ze strategią nieobejmującą diagnostyki genetycznej.

### **Diagnostyka zaburzeń czynności układu pozapiramidowego w przebiegu schorzeń zwyrodnieniowych ośrodkowego układu nerwowego za pomocą radiofarmaceutyków**

Wprowadzenie świadczenia do wykazu stanowi realizację rekomendacji nr 168/2013 z dnia 25 listopada 2013 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, w sprawie zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „diagnostyka zaburzeń czynności układu pozapiramidowego w przebiegu schorzeń zwyrodnieniowych ośrodkowego układu nerwowego za pomocą radiofarmaceutyków”, jako świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w badaniu czynności układu dopaminergicznego

mózgowia za pomocą 123I-FP-CIT (DaTSCAN®) SPECT, u chorych z niejednoznacznym obrazem klinicznym choroby Parkinsona.

Implementacja powyższego świadczenia do wykazu jest zasadna przede wszystkim z klinicznego punktu widzenia. Minister Zdrowia, przychylając się do opinii Prezesa AOTMiT uważa za zasadne finansowanie badania czynności układu dopaminergicznego mózgowia za pomocą 123I-FP-CIT (DaTSCAN®) SPECT, u chorych z niejednoznacznym obrazem klinicznym choroby Parkinsona.

Diagnostyka różnicowa parkinsonizmów zwyrodnieniowych u pacjentów z klinicznie niejednoznacznym obrazem wykazała, iż przedmiotowa technologia jest wysoce przydatna w ocenie klinicznej prawdopodobieństwa istnienia parkinsonizmu zwyrodnieniowego wśród pacjentów z niejednoznacznym obrazem klinicznym choroby Parkinsona w badaniu podmiotowym i przedmiotowym. Zagraniczne towarzystwa naukowe oraz eksperci kliniczni rekomendują stosowanie badania 123I-FP-CIT (DaTSCAN®) SPECT u chorych z niejednoznacznym obrazem klinicznym choroby Parkinsona. Zdaniem ekspertów badanie 123I-FP-CIT (DaTSCAN®) SPECT będzie stanowić rozszerzenie możliwości diagnostycznych w szczególnie trudnych przypadkach i będzie wykonywane wówczas, gdy podstawowe testy diagnostyczne nie pozwolą na postawienie jednoznacznej diagnozy.

Badanie 123I-FP-CIT (DaTSCAN®) SPECT jest metodą z dziedziny medycyny nuklearnej, w której wykorzystuje się promieniowanie gamma do obrazowania rozmieszczenia radioizotopu w badanym narządzie. DaTSCAN® zawiera substancję czynną joflupane, która jest wyznakowana radioaktywną postacią jodu - 123I. Joflupane wiąże się swoiście ze strukturami na powierzchni zakończeń komórek nerwowych w prążkowie odpowiedzialnymi za transport dopaminy. Po wstrzyknięciu preparatu DaTSCAN® wykonuje się badanie obrazowe metodą SPECT celem oceny zdolności gromadzenia dopaminy w mózgu. Badanie 123I-FP-CIT (DaTSCAN®) SPECT jest pomocne w różnicowaniu choroby Parkinsona względem drżenia samoistnego oraz innych chorób otępiennych.

European Federation of Neurological Societies (EFNS) w ocenie klinicznej pacjentów rekomenduje stosowanie kryteriów diagnostycznych QSBB (ang. Queen Square Brain Bank) (poziom B). Badanie węchu jest rekomendowane przez EFNS w diagnostyce różnicowej choroby Parkinsona i atypowego bądź wtórnego parkinsonizmu, oraz w diagnostyce recesywnej postaci choroby Parkinsona (poziom A). Do badań obrazowych rekomendowanych przez EFNS zaliczane są przezczaszkowa ultrasonografia (TCS) oraz rezonans magnetyczny

(MRI). Badanie TCS rekomendowane jest w diagnostyce różnicowej choroby Parkinsona i atypowego bądź wtórnego parkinsonizmu, we wczesnej diagnozie choroby Parkinsona oraz do identyfikowania osób z grupy ryzyka zachorowania na chorobę Parkinsona (poziom A). Badanie MRI jest rekomendowane przez EFNS w celu wykluczenia objawowego parkinsonizmu powodowanego innymi patologiami (poziom B) oraz w diagnostyce różnicowej choroby Parkinsona i parkinsonizmu atypowego - zaniku wieloukładowego (poziom A) i postępującego porażenia nadjądrowego (poziom B). Wykazano, iż stosowanie 123I-FP-CIT (DaTSCAN®) SPECT jest bezpieczną technologią diagnostyczną, która nie powoduje ciężkich działań niepożądanych ani zgonów. Inne działania niepożądane występują stosunkowo rzadko, a charakter ich nasilenia jest łagodny.

Całkowity koszt procedury, uwzględniający koszt testu SPECT oraz koszt radiofarmaceutyku, wynosi 6 357,10 zł. Całkowity koszt badania PET wraz z kosztem radiofarmaceutyku wynosi 10 100 zł. Średni koszt leczenia farmakologicznego w perspektywie rocznej przyjęty w analizie z perspektywy płatnika publicznego to 708,17 zł. Średni koszt porady w poradni neurologicznej rozumiany jako ocena kliniczna w kierunku rozpoznania choroby Parkinsona przyjęto na poziomie 31,15 zł. Natomiast koszt terapii farmakologicznej z perspektywy łącznej płatnika i pacjenta wynosi 912,96 zł.

Analiza kosztów wskazuje, że wnioskowane procedury diagnostyczne, głównie z uwagi na stosunkowo wysoki koszt radioznacznika w sposób istotny zwiększają koszty dla płatnika związane z postawieniem diagnozy w kierunku choroby Parkinsona. Jednak ich stosowanie może pozwolić na uniknięcie nieprawidłowego leczenia pacjenta, a tym samym zmniejszyć koszty płatnika publicznego związane z leczeniem farmakologicznym pacjentów poddanych terapii przeciwparkinsonowej, którzy zostali błędnie zdiagnozowani i nie mają choroby Parkinsona.

### **Hemodiafiltracja**

Wprowadzenie powyższego świadczenia do wykazu stanowi realizację rekomendacji nr 50/2013 z dnia 29 kwietnia 2013 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „Hemodiafiltracja (HDF)”, jako świadczenia gwarantowanego, w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego.

Implementacja powyższego świadczenia do wykazu jest zasadna przede wszystkim z klinicznego punktu widzenia. Zgromadzone przez Prezesa AOTMiT dane wskazują

na zmniejszenie śmiertelności, poprawę parametrów adekwatności dializoterapii, poprawę jakości życia pacjentów, zmniejszenie ilości zdarzeń niepożądanych w postaci powikłań ostrych i przewlekłych w trakcie stosowania hemodiafiltracji (HDF). Jednocześnie opinie ekspertów i praktyka kliniczna w wielu krajach pozwalają na wnioskowanie, że finansowanie HDF ze środków publicznych przyczyni się do poprawy opieki nad pacjentami z przewlekłą niewydolnością nerek.

Umożliwienie dostępności do hemodiafiltracji jest odpowiedzią na konkretną potrzebę zdrowotną dotyczącą dużej populacji pacjentów. Wprowadzenie powyższego świadczenia do wykazu umożliwi zastosowanie celowanej, i przez to efektywnej, interwencji medycznej. Liczba pacjentów hemodializowanych przyrasta o ok. 600 osób rocznie. Z danych otrzymanych od publicznego płatnika świadczeń wynika, że świadczenie hemodializy w 2012 r. rozliczono u prawie 30,5 tys. pacjentów z przewlekłą chorobą nerek (PChN), w tym 10,6 tys. z rozpoznaniem N18 przewlekła niewydolność nerek i 14,5 tys. z rozpoznaniem N18.0 schyłkowa niewydolność nerek.

Świadczenie gwarantowane „Hemodiafiltracja (HDF)” będzie miało zastosowanie w populacji chorych ze schyłkową niewydolnością nerek ze współistniejącą niestabilnością hemodynamiczną z dominującymi objawami hipotensji śróddializacyjnej lub źle kontrolowanym nadciśnieniem tętniczym objętościowo-zależnym, lub amyloidozą, lub ciążą, pod warunkiem osiągnięcia w ciągu miesiąca objętości konwekcji krwi  $>20$  l na sesję HDF.

Dodatkowym argumentem przemawiającym za kwalifikacją przedmiotowego świadczenia do wykazu jest fakt, że w badaniach, na których oparł się Prezes AOTMiT w swojej rekomendacji, zanotowano o 10-35% niższą śmiertelność w kohortach leczonych HDF w porównaniu z leczonymi metodą hemodializy HD w ww. populacji chorych. Z uwagi na porównywalny koszt hemodiafiltracji względem hemodializy, metoda ta stanowi alternatywną technologię medyczną, która może przynieść większe korzyści zdrowotne przy porównywalnych kosztach.

### **Ciągle monitorowanie glikemii**

Wprowadzenie diagnostyki i modyfikacji leczenia dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1 stanowi realizację rekomendacji nr 81/2015 z dnia 22 października 2015 r. Prezesa AOTMiT w sprawie zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „System ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT)” jako świadczenia gwarantowanego stosowanego w populacji dzieci z cukrzycą typu 1 leczonych przy pomocy pompy insulinowej,

z nieświadomością hipoglikemii (brakiem objawów prodromalnych hipoglikemii z wykluczeniem hipoglikemii poalkoholowej) z odpłatnością 30%, w której Prezes AOTMiT biorąc pod uwagę stanowisko Rady Przejrzystości, a także przedstawione dowody naukowe, uznał za zasadne zakwalifikowanie powyższego świadczenia opieki zdrowotnej, jako świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Implementacja powyższego świadczenia do wykazu jest zasadna przede wszystkim z klinicznego punktu widzenia. Umożliwienie dostępności do świadczeń zdrowotnych będzie miało przede wszystkim wpływ na redukcję epizodów hipoglikemii, które w ciężkich przypadkach, bezpośrednio zagrażają życiu chorego. Powyższa redukcja epizodów hipoglikemii, pod względem liczby lub czasu ich trwania, może przekładać się na zmianę w jakości życia pacjentów, u których występują epizody hipoglikemii.

Świadczenie gwarantowane „System ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT)” ma mieć zastosowanie w szczególnie sparametryzowanej populacji: dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1 do 26 roku życia, u których utrzymują się podwyższone wartości HbA1c  $>6,5\%$  i  $<9,0\%$ . pomimo intensyfikacji leczenia u pacjenta dobrze wyedukowanego w zakresie zasad intensywnej czynnościowej insulinoterapii, współpracującego z zespołem diabetologicznym oraz przestrzegającego zasad samokontroli. Przewiduje się bezpłatne dostarczenie nadajnika, 10% wysokość udziału własnego świadczeniobiorcy w limicie finansowania transmitera 30% wysokość takiego udziału w limicie finansowania sensorów.

Ciągłe monitorowanie glikemii przez wpływ na kontrolę stężenia glukozy może wspierać zapobieganie występowania poważnych hipoglikemii w ww. grupie chorych, co w konsekwencji przełoży się na jakość życia pacjenta.

Przewlekła hiperglikemia w cukrzycy powoduje uszkodzenie lub zaburzenia czynności i niewydolności narządów, szczególnie oczu, nerek, nerwów, serca i naczyń krwionośnych. Hipoglikemia może prowadzić do trwałych i rozległych uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego a nawet do śmierci. Umożliwienie dostępu do świadczenia gwarantowanego dedykowanego powyższej populacji pacjentów, ma na celu zapobieganie stanom hipoglikemii.

Alternatywną technologią medyczną dla wnioskowanej technologii jest samodzielne monitorowanie poziomu glukozy we krwi przez pacjenta za pomocą glukometru - SMBG (Self-Monitoring of Blood Glucose). SMBG to istniejąca praktyka stosowana w monitorowaniu leczenia u pacjentów z cukrzycą (bez względu na typ cukrzycy, wskazania i wiek pacjenta).



Przy czym w populacji docelowej istotny jest aspekt nieświadomości hipoglikemii, co jest bardzo trudno skontrolować bezpośrednio w tej grupie pacjentów za pomocą systemu samodzielnego monitorowania poziomu glukozy we krwi, więc nie jest to technologia medyczna w pełni alternatywna w ww. populacji pacjentów.

Świadczenie „Ciągłe monitorowanie glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT) u dzieci z cukrzycą typu I”, realizuje zatem skonkretyzowaną i niezaspokojoną dotychczas potrzebę zdrowotną, dotyczącą istotnie dużej populacji pacjentów. Wprowadzenie powyższego świadczenia zdeterminuje zastosowanie celowanej, i przez to efektywnej, interwencji medycznej, względem najprostszej, a jednocześnie nieadekwatnej do populacji pediatrycznej, technologii samodzielnego monitorowania poziomu glukozy we krwi przez pacjenta za pomocą glikometru.

#### **Zastosowanie znakowanych radioizotopowo peptydów w leczeniu chorych na nieoperacyjne guzy neuroendokrynne**

Wprowadzenie świadczenia opiera się o rekomendację nr 52/2013 z dnia 20 maja 2013 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zakwalifikowania świadczenia "Zastosowanie znakowanych radioizotopowo peptydów w leczeniu chorych na nieoperacyjne guzy neuroendokrynne", w której Prezes AOTMiT, biorąc pod uwagę stanowisko Rady Przejrzystości, a także przedstawione dowody naukowe, uznał za zasadne zakwalifikowanie powyższego świadczenia opieki zdrowotnej, jako świadczenia gwarantowanego w zakresie leczenia szpitalnego u chorych z wysoką ekspresją receptora dla somatostatyny, potwierdzoną w badaniu scyntygraficznym. Prezes AOTMiT co do zasady nie zakwestionował słuszności objęcia finansowaniem przedmiotowej technologii medycznej ze środków publicznych (dostępność krajowej technologii znakowania radioizotopowego przyczynia się do racjonalizacji kosztów leczenia, do tej pory alternatywę stanowiło leczenie za granicą). Mając na uwadze niższe koszty realizacji świadczeń udzielanych w trybie ambulatoryjnym i nie zawsze konieczność hospitalizacji pacjenta, Minister Zdrowia podjął decyzję o kwalifikacji przedmiotowego świadczenia jako świadczenia gwarantowanego do realizacji w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Dodatkowo warunki realizacji świadczenia obejmują wymóg posiadania w lokalizacji oddziału medycyny nuklearnej co wskazuje na konieczność ścisłej współpracy podmiotów udzielających przedmiotowych świadczeń. Implementacja powyższego świadczenia do wykazu jest zasadna przede wszystkim z klinicznego punktu widzenia. Dowody naukowe, na których oparł się Prezes AOTMiT bazują

na analizach skuteczności klinicznej stosowania procedury. Świadczenie jest dedykowane dla ściśle sprecyzowanej populacji pacjentów z guzami neuroendokrynnymi żołądkowo-jelitowo-trzustkowymi (ang. gastro-enteropancreatic neuroendocrine tumors, GEP NET). Celem wprowadzenia świadczenia do wykazu jest zrealizowanie niezaspokojonej potrzeby zdrowotnej wprowadzenia interwencji medycznej dla pacjentów, u których zdiagnozowano guzy neuroendokrynnne, NET (ang. neuroendocrine tumors), które są rzadkimi, wolno rosnącymi nowotworami, wywodzącymi się z gruczołów wewnętrznego wydzielania z grup komórek endokrynnych obecnych wewnątrz tkanek gruczołowych oraz z komórek z rozproszonego układu endokrynnego. Według polskich wytycznych leczenia guzów NET, zapadalność na te nowotwory wynosi obecnie 3 przypadki na 100 tys. osób rocznie i wykazuje tendencję wzrostową. Ujawnienie tej tendencji można tłumaczyć coraz lepszymi i bardziej dostępnymi metodami diagnostycznymi.

Dodatkowym argumentem przemawiającym za kwalifikacją przedmiotowego świadczenia do wykazu świadczeń gwarantowanych jest zgodność z rekomendacjami Polskiej Sieci Guzów Neuroendokrynnych (PSGN), zgodnie z którymi wskazaniem do leczenia znakowanymi radioizotopowo analogami somatostatyny powinna być wysoka ekspresja receptora dla SST potwierdzona w badaniu scyntygraficznym (III klasa gromadzenia, bądź klasa IV w przypadku zmian zlokalizowanych w wątrobie).

Dotychczasowy brak tego świadczenia w wykazie powodował, że leczenie NET znakowanymi radioizotopowo analogami SST było finansowane w ramach zgód na leczenie w ośrodkach zagranicznych lub jako świadczenie za zgodą płatnika (do 2009 roku) lub jako hospitalizacja zachowawcza bez wskazania wykonanej procedury.

Dodatkowo wprowadzono zmiany polegające na obniżeniu wymagań dotyczących wyposażenia w sprzęt oraz aparaturę medyczną świadczenia „Teleradioterapia konformalna z monitoringiem TK, bramkowana, z modulacją intensywności dawki, elektronami, fotonami” oraz „Brachyterapia z planowaniem 3D.

W odniesieniu do świadczenia „Teleradioterapia konformalna z monitoringiem TK, bramkowana, z modulacją intensywności dawki, elektronami, fotonami” (lp.17 załącznik nr 5) wskazać należy, że podział na energie wysokie i niskie wiązek fotonowych ma swoje uzasadnienie w nomenklaturze dozymetrycznej raportu: „Implementation of the International Code of Practice on Dosimetry in Radiotherapy (TRS 398)”, z którego wynika, że pomiar mocy dawki dla niskiej energii wykonuje się na głębokości 5 cm w wodzie, a dla wysokich na

głębokości 10 cm. Wyznacznikiem mówiącym o tym rozdzieleniu jest współczynnik określający energię wiązki fotonowej, tzw. TPR (ang. Tissue-Phantom-Ratio), jeśli jest on wyższy niż 0.7, wówczas wiązka identyfikowana jest jako wysokoenergetyczna. Dla fotonów o energii 9MeV, TPR wynosi 0.718, co kwalifikuje tę wiązkę do pomiarów na dużych głębokościach, tym samym określając ją jako wysokoenergetyczną. Zaleca się, aby wiązką powszechnie stosowaną w radioterapii były fotony o energii 6MeV, ponieważ są najczęściej i najdokładniej opisane pomiarowo w raporcie „Implementation of the International Code of Practice on Dosimetry in Radiotherapy (TRS 398)”. Oba aparaty powinny zawierać co najmniej po jednej identycznej wiązce fotonowej tak, aby w czasie awarii w sprawny sposób napromieniać pacjentów na innym aparacie. Ponadto techniki IMRT i VMAT stały się rutynowymi technikami radioterapii i nie ma uzasadnienia przepis dotyczący konieczności posiadania 3 akceleratorów do ich realizacji.

W zakresie świadczenia „Brachyterapia z planowaniem 3D” (lp. 19 załącznik nr 5) wprowadzono zmianę dotyczącą wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną”. Brak jest uzasadnienia dla konieczności posiadania dwóch aparatów do brachyterapii w celu realizowania procedur 3D. Awaryjność urządzeń jest niska, a czas potrzebny na wymianę źródła promieniotwórczego na tyle krótki, że niezauważalny w organizacji pracy, podobnie przeglądy serwisowe i procedury QA. Istotą aparatu do brachyterapii jest posiadanie źródła promieniotwórczego, które ze względu na swoją naturę w sposób ciągły jest emitерem promieniowania, stąd urządzenie powinno być eksploatowane tak długo w ciągu dnia jak to możliwe. Zamiast instalacji dwóch urządzeń należy rozplanować pracę na więcej godzin w ciągu doby.

Obie zmiany dotyczące świadczeń radioterapii zaproponowano również w celu ujednoczenia wymagań z tymi świadczeniami realizowanymi w zakresie leczenia szpitalnego, wychodząc z założenia, że świadczenia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej powinny cechować się niższymi kosztami realizacji świadczeń.

Planowany termin wejścia w życie rozporządzenia to 1 kwietnia 2018 r. Taki termin wejścia w życie został wskazany przez Ministra Zdrowia biorąc pod uwagę analizy finansowe wprowadzanych świadczeń a także ich szacunki, które opracowane zostały od drugiego kwartału 2018 r. oraz konieczność zapewnienia przez Narodowy Fundusz Zdrowia finansowania nowych świadczeń. Proponowany termin wejścia w życie rozporządzenia umożliwi Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia wydanie odpowiednich zarządzeń,

niezbędnych do przygotowania do realizacji nowych świadczeń gwarantowanych. Powyższy termin podyktowany jest również koniecznością zapewnienia świadczeniobiorcom możliwie najlepszej jakości oraz dostępności do świadczeń. Jest planowane zachowanie 14-dniowego okresu *vacatio legis*.

Projekt nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

Przedmiotowy projekt nie będzie miał wpływu na działalność mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców.

Projekt 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. z 2002 r. poz. 2039, z późn. zm.) i w związku z tym nie podlega procedurze notyfikacji.

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.

Projekt nie wymaga przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

917	Brak kodu	Diagnostyka cukrzycy monogenowej	<p>Kryteria kwalifikacji do świadczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek w chwili rozpoznania cukrzycy poniżej 1 roku życia;</li> <li>2) brak przeciwciał przeciw antygenom komórek beta wysp trzustkowych charakterystycznych dla cukrzycy typu 1;</li> <li>3) cukrzyca wymagająca insulinoterapii w dawce 0,5 IU/kg/dobę.</li> </ol> <p>Zakres świadczenia</p> <p>Świadczenie obejmuje wykonanie badania genetycznego metodami sekwencjonowania DNA i amplifikacji sond zależnej od ligacji (z ang. Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification, MLPA) pozwalających ocenić obecność defektów w jednym lub większej licznie genów:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) KCNJ11,</li> <li>b) ABCC8;</li> </ol> <p>Personel</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) lekarz specjalista w dziedzinie diabetologii lub endokrynologii, lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej lub</li> <li>2) lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii w trakcie specjalizacji w dziedzinie diabetologii lub lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii w trakcie specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej, lub</li> <li>3) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie diabetologii.</li> </ol> <p>Organizacja udzielania świadczeń</p> <p>Świadczenie realizowane w poradni diabetologicznej lub w poradni diabetologicznej dla dzieci.</p> <p>W przypadku uzyskania wyniku badania potwierdzającego defekt genetyczny przeprowadzenie kolejnych dwóch porad ambulatoryjnych mających na celu zmianę leczenia z insulinoterapii na leczenie z zastosowaniem pochodnych sulfonilomocznika lub diety.</p> <p>Oddział diabetologiczny/oddział diabetologiczny dla dzieci – w lokalizacji.</p> <p>Konsultacje lekarza specjalisty w dziedzinie genetyki klinicznej – w dostępie.</p>
-----	-----------	----------------------------------	---

		Zapewnienie realizacji badań	<p>W lokalizacji:</p> <p>1) dostęp do badań genetycznych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych lub medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, które:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>zatrudnia co najmniej 1 diagnostę laboratoryjnego ze specjalizacją w zakresie laboratoryjnej genetyki medycznej,</li> <li>posiada certyfikat uczestnictwa w międzynarodowym programie Unii Europejskiej weryfikacji jakości laboratoriów genetycznych EMQN lub program MONODIAB,</li> <li>posiada certyfikat referencyjności laboratorium wystawiony przez Polskie Towarzystwo Genetyki Człowieka,</li> <li>wykonało co najmniej 200 udokumentowanych badań genetycznych u pacjentów z podejrzeniem cukrzycy monogenowej, w okresie ostatnich 3 lat;</li> </ol> <p>2) dostęp do badań ultrasonograficznych;</p> <p>3) dostęp do badań morfologii krwi i badań biochemicznych.</p>
--	--	------------------------------	---

## Załącznik nr 2

10	92.113	<p>Diagnostyka zaburzeń czynności układu pozapiramidowego w przebiegu schorzeń zwyrodnieniowych ośrodkowego układu nerwowego za pomocą radiofarmaceutyków - za pomocą <sup>123</sup>I-FP-CIT-SPECT.</p>	<p>Wskazania do realizacji świadczeń</p>	<p>Diagnostyka zaburzeń funkcji układu dopaminergicznego w przebiegu choroby Parkinsona o niejednoznacznym obrazie klinicznym.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) lekarz specjalista w dziedzinie medycyny nuklearnej lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny nuklearnej pod nadzorem lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny nuklearnej – równoważnik co najmniej 2 etatów;</li> <li>2) pielęgniarki przeszkolone w zakresie procedur medycyny nuklearnej – równoważnik co najmniej 2 etatów;</li> <li>3) osoba, która:             <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>c) ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnień o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy technik elektroradiolog lub technik elektroradiologii lub dyplom potwierdzający kwalifikacje w zawodzie technik elektroradiolog;</li> </ol> </li> <li>4) fizyk medyczny.</li> </ol>
			<p>Personel</p>	
			<p>Organizacja udzielania świadczeń</p>	<p>Zakład lub pracownia medycyny nuklearnej.          Oddział medycyny nuklearnej posiadający lekarzy: równoważnik co najmniej 2 etatów, w tym co najmniej 1 etatu - lekarz specjalista medycyny nuklearnej – w lokalizacji.          Pracownia do przygotowywania produktów radiofarmaceutycznych – w dostępie.</p>
			<p>Wypożyczenie w sprzęt i aparaturę medyczną</p>	<p>W lokalizacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) kamera scyntylacyjna SPECT lub SPECT/CT;</li> <li>2) miernik bezwzględnej radioaktywności produktów radiofarmaceutycznych;</li> <li>3) miernik skażeń powierzchniowych;</li> <li>4) miernik mocy dawki promieniowania;</li> <li>5) miernik skażeń osobistych;</li> <li>6) płaskie źródło promieniowania do wykonywania testów wewnętrznych;</li> <li>7) kamery scyntylacyjne oraz inne przyrządy konieczne do wykonania podstawowych wewnętrznych testów kontroli parametrów;</li> <li>8) wyciąg radiochemiczny;</li> <li>9) laboratoryjne osłony osobiste zabezpieczające przed promieniowaniem jonizującym;</li> <li>10) osłony na strzykawki pochłaniające promieniowanie gamma i beta;</li> <li>11) kolimatory do kamery scyntylacyjnej odpowiednie do stosowanych produktów radiofarmaceutycznych;</li> <li>12) fantomy do przeprowadzania podstawowych wewnętrznych testów kontroli parametrów urządzeń radiologicznych.</li> </ol>
			<p>Zapewnienie realizacji badań</p>	<p>Dostęp do badań:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologii krwi;</li> </ol>

			2) biochemicznych.
		Pozostałe wymagania	Skierowanie może wypisać lekarz specjalista w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii, posiadający co najmniej 5-letnie doświadczenie w leczeniu chorych z parkinsonizmem. Posiadanie systemu zarządzania jakością w zakresie świadczonych usług medycznych z wykorzystaniem promieniowania jonizującego. Wdrożona dyrektywa 97/43/EURATOM i 96/29/EURATOM Rady Europy.



22	39.954	Hemodiafiltracja (HDF)	<p>Kryteria kwalifikacji do świadczenia</p>	<p>Schyłkowa niewydolność nerek ze współistniejącą niestabilnością hemodynamiczną z dominującymi objawami hipotensji śródodializacyjnej, źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze objętościowo-zależne, amyloidozą, ciążą, pod warunkiem osiągnięcia w ciągu miesiąca objętości konwekcji krwi powyżej 20 l na sesję HDF.</p>
			<p>Zakres świadczenia</p>	<p>Świadczenie obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) transport pacjenta do stacji dializ przed hemodializą;</li> <li>2) przygotowanie stanowiska dializacyjnego, nastawienie aparatu, płukanie wstępne, odpowietrzenie układu, wypłukanie zestawu w wypadku reutilizacji;</li> <li>3) badanie lekarskie i przygotowanie pacjenta (ważenie, mycie okolicy przetoki, wyznaczenie zleceń dializacyjnych, wypełnienie karty dializacyjnej);</li> <li>4) podanie środka stymulującego erytropoezę – w przypadku wskazań medycznych;</li> <li>5) wkłucie igły do przetoki lub podłączenie do cewnika dializacyjnego;</li> <li>6) podłączenie pacjenta do aparatu sztucznej nerki;</li> <li>7) zabieg hemodializy oraz kontrolę parametrów dializacyjnych i życiowych pacjenta;</li> <li>8) badania laboratoryjne i konsultacje, badania bakteriologiczne i biochemiczne;</li> <li>9) monitorowanie i leczenie niedokrwistości – środki stymulujące erytropoezę, podawane w dawce zapewniającej uzyskanie i utrzymanie stężenia hemoglobiny w zakresie 10-12 g/dl u co najmniej 65% dializowanych stale w stacji dializ;</li> <li>10) zakończenie zabiegu (sprowadzenie krwi, tamowanie krwawienia, oznaczenie parametrów życiowych po hemodializie, zmiana opatrunku wokół cewnika, ważenie, podawanie leków);</li> <li>11) po przeprowadzonej dializie: dezynfekcja (ciepłna, chemiczna) i dekalcyfikacja aparatu sztucznej nerki, utylizacja odpadów, ewentualna reutilizacja dializatorów i ocena ich wydajności po tym zabiegu;</li> <li>12) przygotowanie stanowiska dla następnego pacjenta;</li> <li>13) transport pacjenta do domu po zabiegu.</li> </ol>
			<p>Personel</p>	<p>1) lekarze – w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym czasowi pracy stacji dializ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) lekarz specjalista w dziedzinie nefrologii lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie nefrologii – równoważnik co najmniej jednego etatu, a w przypadku świadczeń udzielanych wyłącznie dzieciom, gdy czas pracy stacji dializ jest krótszy niż czas pracy lekarza w wymiarze jednego etatu - lekarz specjalista w dziedzinie nefrologii lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie nefrologii – w wymiarze czasu pracy równym czasowi pracy stacji dializ oraz</li> <li>b) lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych lub</li> <li>c) lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii (dotyczy leczenia dzieci);</li> </ol> <p>2) pielęgniarki posiadające potwierdzone odpowiednim zaświadczeniem przeszkolenie w stacji dializ – w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym czasowi pracy stacji dializ.</p>

23	-  Ciągłe Monitorowanie Glikemii w czasie rzeczywistym u dzieci i młodzieży do 26 r. ż. z cukrzycą typu I leczonych przy pomocy pompy insulinowej	Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną	<p>W miejscu udzielenia świadczeń:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) aparat do hemodializ z automatyczną kontrolą ultrafiltracji;</li> <li>2) aparat do uzdatniania wody;</li> <li>3) EKG;</li> <li>4) sprzęt resuscytacyjny.</li> </ol> <p>Zapewnienie realizacji badań diagnostycznych zlecanych dla ustalenia rozpoznania lub monitorowania przebiegu leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wywiad, badanie przedmiotowe przed, w trakcie i po hemodializie;</li> <li>2) morfologia krwi pełna, w tym poziom hemoglobiny we krwi (oznaczenie w środku tygodnia) – co najmniej jeden raz w miesiącu;</li> <li>3) badania biochemiczne – sód, potas, wapń, fosfor, spKt/V lub URR – co najmniej raz w miesiącu; transaminazy, fosfataza alkaliczna, wysycenie transferyny – co najmniej raz na 3 miesiące; PTH, ferrytyna – co najmniej raz na 6 miesięcy;</li> <li>4) badania bakteriologiczne (posiewy krwi) – w zależności od potrzeb;</li> <li>5) badania wirusologiczne – przy rozpoczęciu dializowania każdy pacjent powinien mieć wykonane oznaczenia AgHBs, anty-HBc (w przypadku wyników ujemnych – miano anty-HCV); anty-HCV, HCV-PCR, anty-HIV, u osób bez objawów zakażenia HBV lub HCV – oznaczenia anty-HBs, AgHBs i anty-HCV oraz HCV-PCR powinny być powtarzane, w zależności od statusu wirusologicznego pacjenta, zgodnie z obowiązującymi zaleceniami;</li> <li>6) badanie EKG – w zależności od potrzeb;</li> <li>7) badanie Rtg klatki piersiowej – co najmniej raz w roku;</li> <li>8) badanie USG – w zależności od potrzeb.</li> </ol> <p>Pozostałe wymagania</p> <p>Świadczeniodawca musi zapewnić koncentraty płynów dializacyjnych oraz substraty do ich produkcji – zgłoszone jako wyroby medyczne.</p> <p>Dopuszcza się używanie wyłącznie wyłącznie wody do rozcieńczenia koncentratów do hemodializy spełniającej wymagania jakościowe określone przez Farmakopę Polską (aktualne wydanie).</p>
		Kryteria kwalifikacji do świadczenia	<p>Świadczenie przystępuje dzieciom i młodzieży do 26 roku życia z cukrzycą typu I leczonym przy pomocy pompy insulinowej z nieświadomością hipoglikemii (brakiem objawów prodromalnych hipoglikemii z wykluczeniem hipoglikemii poalkoholowej)</p>
		Zakres świadczenia	<p>Świadczenie obejmuje</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) zaopatrzenie pacjenta w nadajnik oraz podłączenie i odczytanie wyników CGM – nie mniej niż 2 porady specjalistyczne,</li> <li>2) edukację umożliwiającą w pełni samodzielne (przez pacjenta lub opiekuna postępowanie się systemem),</li> </ol>

		<p>Personel</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) lekarz specjalista w dziedzinie diabetologii lub</li> <li>2) lekarz specjalista w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej, lub</li> <li>3) lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii w trakcie specjalizacji w dziedzinie diabetologii lub lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii w trakcie specjalizacji w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej, lub</li> <li>4) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie diabetologii posiadający doświadczenie w prowadzeniu dzieci z pompą insulinową lub systemem ciągłego monitorowania glikemii w czasie rzeczywistym.</li> </ol> <p>W miejscu udzielenia świadczeń:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) glukometr;</li> <li>2) przyrząd do badania czucia bólu - neurotips;</li> <li>3) przyrząd do badania czucia temperatury skóry (thim term);</li> <li>4) widełki stroikowe 128 Hz;</li> <li>5) monofilament 5.07/10 g.</li> </ol>
		<p>Zapewnienie realizacji badań</p>	<p>Dostęp do:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych;</li> <li>2) USG z opcją Dopplera;</li> <li>3) oftalmoskopi.</li> </ol>
24	<p>Leczenie chorych na nieoperacyjne guzy neuroendokrynne z zastosowaniem znakowanych radioizotopowo analogów somatostatynny</p>	<p>Kryteria kwalifikacji do realizacji świadczeń</p> <p>Personel</p> <p>Organizacja udzielenia świadczeń</p> <p>Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną</p>	<p>Nieoperacyjny guz neuroendokrynny ( C.17, C.25, C.34, C.75.9, C.80) z wysoką ekspresją receptora dla somatostatyny, potwierdzoną w badaniu scyntygraficznym.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) lekarz specjalista w dziedzinie medycyny nuklearnej – równoważnik co najmniej 2 etatów,</li> <li>2) pielęgniarka przeszkolona w zakresie procedur medycyny nuklearnej – równoważnik 2 etatów.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) zakład lub pracownia medycyny nuklearnej;</li> <li>2) oddział medycyny nuklearnej posiadający lekarzy: równoważnik co najmniej 2 etatów, w tym co najmniej 1 etat - lekarz specjalista medycyny nuklearnej – w lokalizacji;</li> <li>3) pracownia do przygotowywania produktów radiofarmaceutycznych – w dostępie.</li> </ol> <p>W lokalizacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) kamera scyntylacyjna SPECT lub SPECT/CT;</li> <li>2) pracownia do przygotowywania radiofarmaceutyków.</li> <li>3) miernik bezwzględnej radioaktywności produktów radiofarmaceutycznych;</li> <li>4) miernik skażeń powierzchniowych;</li> <li>5) miernik mocy dawki promieniowania;</li> <li>6) miernik skażeń osobistych;</li> <li>7) płaskie źródło promieniowania do wykonywania testów wewnętrznych;</li> <li>8) kamery scyntylacyjne oraz inne przyrządy konieczne do wykonania podstawowych wewnętrznych testów kontroli parametrów;</li> <li>9) wyciąg radiochemiczny;</li> <li>10) laboratoryjne osłony osobiste zabezpieczające przed promieniowaniem jonizującym;</li> <li>11) osłony na strzykawkę pochłaniające promieniowanie gamma i beta;</li> </ol>

<p>12) kolimatory do kamery scyntylacyjnej odpowiednie do stosowanych produktów radiofarmaceutycznych;  13) fantomy do przeprowadzania podstawowych wewnętrznych testów kontroli parametrów urządzeń radiologicznych.</p>	
<p>Świadczenie obejmuje:  1) poradę kwalifikacyjną;  2) podanie znakowanych radioizotopowo analogów somatostatyny;  3) poradę kontrolną.</p>	
<p>Dostęp do badań:  1) histopatologicznych,  2) markerów nowotworowych.</p> <p>Zapewnienie w lokalizacji badań:  1) ultrasonograficznych,  2) RTG konwencjonalne,  3) tomografii komputerowej,  4) scyntygrafii,  5) morfologii krwi i badań biochemicznych.</p>	<p>Pozostałe wymagania</p>
<p>Posiadanie systemu zarządzania jakością w zakresie świadczonych usług medycznych z wykorzystaniem promieniowania jonizującego.</p>	