Program pilotażowy "Profilaktyka 40 PLUS".

Dz.U.2021.1081 z dnia 2021.06.17
Status: Akt obowiązujący
Wersja od: 11 grudnia 2021r.

Wejście w życie:
18 czerwca 2021 r.

Wygasa z końcem dnia:
31 marca 2022 r.
zobacz:

§ 11
rozporządzenie wygasa z końcem dnia 31 marca 2022 r. zgodnie z § 11 nin. rozporządzenia.

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA

z dnia 14 czerwca 2021 r.

w sprawie programu pilotażowego "Profilaktyka 40 PLUS"

(Dz. U. z 2021 r. poz. 1081; zm.: Dz. U. z 2021 r. poz. 2278.)

Na podstawie art. 48e ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa program pilotażowy "Profilaktyka 40 PLUS", zwany dalej "programem pilotażowym".

§ 2. Celem programu pilotażowego jest ocena organizacji i efektywności objęcia świadczeniobiorców od 40. roku życia profilaktyczną diagnostyką w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych.

§ 3. Okres realizacji programu pilotażowego obejmuje:

1) etap realizacji programu pilotażowego, który trwa od dnia 1 lipca do dnia 30 czerwca 2022 r.;
2) etap ewaluacji programu pilotażowego, który trwa 3 miesiące od dnia zakończenia etapu realizacji programu pilotażowego.

§ 4.

1. Program pilotażowy obejmuje świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu określonego w art. 15 ust. 2 pkt 1, 2 i 13 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej

finansowanych ze środków publicznych.

2. Programem pilotażowym zostaną objęci świadczeniobiorcy od 40. roku życia.

§ 5. Wykaz świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach programu pilotażowego, szczegółowe kryteria kwalifikacji świadczeniobiorców oraz warunki organizacji i realizacji programu pilotażowego, w tym dotyczące personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 6.

1. Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej "Funduszem", rozlicza świadczenia opieki zdrowotnej udzielone w ramach programu pilotażowego na podstawie danych o zrealizowanych badaniach diagnostycznych.

2. Dla celów rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w ramach programu pilotażowego stosuje się ceny jednostkowe badania diagnostycznego określone w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

§ 7.

1. Świadczeniobiorca ma prawo wyboru świadczeniodawcy spośród podmiotów, które zawarły umowę o realizację programu pilotażowego. Udział w programie nie wymaga skierowania lekarza.

2. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia, są udzielane na podstawie skierowania w postaci elektronicznej wystawionego przez system, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 666).

3. Po udzieleniu świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego realizator programu pilotażowego dokonuje zmiany informacji o statusie skierowania w systemie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

§ 8.

1. Realizatorem programu pilotażowego jest świadczeniodawca, który spełnia warunki organizacji i realizacji programu pilotażowego określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia oraz złożył wniosek o zawarcie umowy o jego realizację do Funduszu.

2. Fundusz zawiera ze świadczeniodawcą umowę o realizację programu pilotażowego na podstawie wniosku, o którym mowa w ust. 1, zawierającego informacje o spełnianiu warunków organizacji i realizacji programu pilotażowego określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

§ 9. Wskaźnikami realizacji programu pilotażowego są:

1) liczba kobiet i mężczyzn objętych programem pilotażowym w stosunku do populacji osób uprawnionych do udziału w programie pilotażowym;

2) liczba świadczeniodawców, którzy złożyli wniosek o zawarcie umowy na realizację programu pilotażowego, oraz liczba świadczeniodawców, którzy zostali realizatorami programu pilotażowego;

3) liczba i kompletność wypełnionych ankiet;

4) informacja o zrealizowanych badaniach diagnostycznych;

5) wartość środków finansowych poniesionych lub sprawozdanych i rozliczonych w ramach programu pilotażowego w stosunku do środków finansowych planowanych na realizację programu pilotażowego.

§ 10. Pomiaru wskaźników realizacji programu pilotażowego dokonuje Fundusz przez ocenę gromadzonych danych w związku z zawarciem umowy, o której mowa w § 8 ust. 2, oraz jej rozliczeniem, a także gromadzeniem danych w systemie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

§ 11. Fundusz dokonuje oceny wyników programu pilotażowego przez sporządzenie analizy wskaźników tego programu i przekazuje tę ocenę ministrowi właściwemu do spraw zdrowia nie później niż w terminie do dnia 30 września 2022 r.

§ 12. Podmiotem obowiązanym do wdrożenia, finansowania, monitorowania i ewaluacji programu pilotażowego jest Fundusz.

§ 13. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

ZAŁĄCZNIKI

ZAŁĄCZNIK Nr 1
WYKAZ ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ UDZIELANYCH W RAMACH PROGRAMU PILOTAŻOWEGO, SZCZEGÓŁOWE KRYTERIA KWALIFIKACJI ŚWIADZCENIOBIORCÓW ORAZ WARUNKI ORGANIZACJI I REALIZACJI PROGRAMU PILOTAŻOWEGO, W TYM DOTYCZĄCE PERSONELU MEDYCZNEGO I WYPOSAŻENIA W SPRZĘT I APARATURĘ MEDYCZNĄ

Nazwa programu pilotażowego		
Profilaktyka 40 PLUS		
Wykaz świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach programu pilotażowego	**Szczegółowe kryteria kwalifikacji świadczeniobiorców**	**Warunki organizacji i realizacji programu pilotażowego**
1. Pakiet badań diagnostycznych dla kobiet: **1)** morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi; 2) stężenie cholesterolu całkowitego albo kontrolny profil lipidowy; 3) stężenie glukozy we krwi; 4) A1AT, AspAT, GGTP;	Do programu pilotażowego kwalifikują się świadczeniobiorcy, którzy: 1) w roku przeprowadzenia programu pilotażowego ukończą lub ukończyli 40. rok życia (uwzględniany jest rok urodzenia); 2) nie korzystali ze świadczeń udzielanych w ramach tego	1) personel: lekarz, felczer, pielęgniarka, położna, diagnosta laboratoryjny lub ratownik medyczny; 2) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: a) aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi, b) (uchylona), c) waga medyczna ze

5) poziom kreatyniny we krwi; 6) badanie ogólne moczu; 7) poziom kwasu moczowego we krwi; 8) krew utaj ona w kale - metodą immunochemiczną (iFOBT). **2. Pakiet badań diagnostycznych dla mężczyzn:** 1) morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi; 2) stężenie cholesterolu całkowitego albo kontrolny profil lipidowy; 3) stężenie glukozy we krwi; 4) A1AT, AspAT, GGTP; 5) poziom kreatyniny we krwi; 6) badanie ogólne moczu; 7) poziom kwasu moczowego we krwi; 8) krew utaj ona w kale - metodą immunochemiczną (iFOBT); 9) PSA - antygen swoisty dla stercza całkowity. **3. Pakiet badań diagnostycznych wspólny:** 1) pomiar ciśnienia tętniczego; 2) pomiar masy ciała, wzrostu, obwodu w pasie oraz obliczenie wskaźnika masy ciała (BMI); 3) (uchylony).	3) odpowiedzieli na pytania ankietowe programu pilotażowego za pośrednictwem infolinii lub za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 666); 4) posiadają czynniki ryzyka choroby układu krążenia - warunek wykonania badania kontrolnego profilu lipidowego; 5) posiadają czynniki ryzyka cukrzycy - warunek wykonania badania stężenia glukozy we krwi; 6) posiadają czynniki ryzyka raka jelita grubego - warunek wykonania badania krwi utajonej w kale.	wzrostomierzem, d) taśma antropometryczna; 3) punkt pobrań materiałów do badań; 4) pomieszczenia higieniczno-sanitarne dla pacjentów i osób towarzyszących, w tym co najmniej jedna kabina ustępowa z umywalką przystosowaną do potrzeb osób niepełnosprawnych oraz osób o ograniczonej sprawności ruchowej - w lokalizacji[1)] 5) medyczne laboratorium diagnostyczne wpisane do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych - dostęp[2)]; 6) przyjmowanie do realizacji skierowania w systemie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia; 7) wydawanie świadczeniobiorcy wyników badań wraz z wartościami referencyjnymi; 8) przekazanie do Systemu Informacji Medycznej, o którym mowa w art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, danych dotyczących dokumentacji medycznej, w zakresie wyników badań laboratoryjnych wraz z opisem, w ramach danych zdarzenia medycznego, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art.

		11 ust. 4a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

Objaśnienia:

[1)] Lokalizacja - budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

[2)] Dostęp - zapewnienie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w innym miejscu udzielania świadczeń lub lokalizacji niż ta, w której świadczenia te są udzielane.

ZAŁĄCZNIK Nr 2

CENY JEDNOSTKOWE BADANIA DIAGNOSTYCZNEGO

Nazwa badania - jednostka rozliczeniowa	**Cena jednostkowa badania diagnostycznego - jednostki rozliczeniowej**
morfologia krwi obwodowe] z wzorem odsetkowym	8,65 zł
płytki krwi	6,89 zł
stężenie cholesterolu całkowitego	4,53 zł
stężenie glukozy we krwi	4,53 zł
poziom kreatyniny we krwi	5,09 zł
badanie ogólne moczu	6,69 zł
poziom kwasu moczowego we krwi	4,59 zł
PSA (antygen swoisty dla stercza całkowity)	26,25 zł
kontrolny profil lipidowy	21,99 zł
krew utajona w kale metoda immunochemiczna (iFOBT)	15,10 zł
A1AT, AspAT, GGTP	14,62 zł
wykonanie procedur diagnostycznych wchodzących w skład pakietu badań diagnostycznych wspólnych, o którym mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia	10,93 zł