

**Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego**  
1)

**z dnia 22 listopada 2013 r. (Dz.U. z 2013 r. poz. 1520)**

**tj. z dnia 14 kwietnia 2016 r. (Dz.U. z 2016 r. poz. 694)**

**tj. z dnia 10 listopada 2017 r. (Dz.U. z 2017 r. poz. 2295)**

(zm. Dz.U. z 2020 r. poz. 466, Dz.U. z 2019 r. poz. 2224, Dz.U. z 2019 r. poz. 1062, Dz.U. z 2019 r. poz. 401, Dz.U. z 2019 r. poz. 77, Dz.U. z 2018 r. poz. 2376, Dz.U. z 2018 r. poz. 2013, Dz.U. z 2018 r. poz. 2012, Dz.U. z 2017 r. poz. 1565)

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 i 2217) zarządza się, co następuje:

**§ 1** Rozporządzenie określa:

- 1)** wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, zwanych dalej „świadczeniami gwarantowanymi”;
- 2)** poziom finansowania przejazdu środkami transportu sanitarnego w przypadkach niewymienionych w art. 41 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”.

**§ 2** Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1)** dostęp - zapewnienie realizacji świadczeń gwarantowanych w innym miejscu udzielania świadczeń lub lokalizacji niż ta, w której świadczenia te są udzielane;
- 2)** hospitalizacja - całodobowe udzielanie świadczeń gwarantowanych w trybie planowym albo nagłym, obejmujące proces diagnostyczno-terapeutyczny oraz proces pielęgnowania i rehabilitacji, od chwili przyjęcia świadczeniobiorcy do chwili jego wypisu albo zgonu;
- 3)** hospitalizacja planowa - hospitalizację wykonywaną w trybie planowym;
- 4)** leczenie jednego dnia - udzielanie świadczeń gwarantowanych świadczeniobiorcy z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin;
- 5)** lekarz specjalista - lekarza, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny;
- 6)** lekarz w trakcie specjalizacji - lekarza, który:
  - a)** rozpoczął specjalizację w szczególowej dziedzinie medycyny przed dniem 30 września 2014 r. - w przypadku posiadania specjalizacji II stopnia lub tytułu specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 16 ust. 10, art. 16g ust. 1 oraz art. 16x ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2017 r. poz. 125 i 767), oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę,
  - b)** ukończył pierwszy rok specjalizacji - w przypadku specjalizacji w innych niż wymienione w lit. a i c dziedzinach medycyny oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę,
  - c)** ukończył drugi rok specjalizacji - w przypadku specjalizacji w dziedzinie okulistyki lub dermatologii i wenerologii oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę;
- 6a)** lekarz z I stopniem specjalizacji z doświadczeniem - lekarza z I stopniem specjalizacji w odpowiedniej dziedzinie medycyny zgodnej z profilem realizowanego świadczenia oraz co najmniej 5-letnim doświadczeniem w oddziale zgodnym z profilem świadczenia gwarantowanego;

- 7)** lokalizacja - budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń;
- 8)** poziom referencyjny - potencjał wykonawczy oddziału szpitalnego świadczeniodawcy, uwzględniający w szczególności liczbę i kwalifikacje personelu medycznego, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną oraz możliwości diagnostyczno-terapeutyczne w określonej dziedzinie medycyny, zapewniające łącznie jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń gwarantowanych;
- 9)** miejsce udzielania świadczeń - pomieszczenie lub zespół pomieszczeń w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń gwarantowanych;
- 10)** operacja w trybie natychmiastowym - operację wykonywaną natychmiast po podjęciu przez operatora decyzji, u pacjenta w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, groźby utraty kończyny czy narządu lub ich funkcji;
- 11)** operacja w trybie pilnym - operację wykonywaną w ciągu 6 godzin od podjęcia decyzji przez operatora, u pacjenta z ostrymi objawami choroby lub pogorszeniem stanu klinicznego, które potencjalnie zagrażają jego życiu albo mogą stanowić zagrożenie dla utrzymania kończyny czy organu, lub z innymi problemami zdrowotnymi niedającymi się opanować leczeniem zachowawczym;
- 11a)** <sup>2)</sup> opiekun medyczny - osoba, która:
- a)** rozpoczęła przed dniem 1 września 2012 r. i ukończyła zasadniczą szkołę zawodową publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej oraz uzyskała dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny lub
  - b)** rozpoczęła po dniu 31 sierpnia 2012 r. i ukończyła kwalifikacyjny kurs zawodowy oraz uzyskała świadectwo lub dyplom potwierdzający kwalifikacje w zawodzie opiekun medyczny, lub
  - c)** ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej oraz uzyskała dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny;
- 12)** pielęgniarka albo położna specjalista - pielęgniarkę albo położną, która ukończyła specjalizację w danej dziedzinie pielęgniarstwa;
- 13)** pielęgniarka albo położna po kursie kwalifikacyjnym - pielęgniarkę albo położną, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w danej dziedzinie pielęgniarstwa;
- 14)** psychoonkolog - osobę z wykształceniem psychologicznym lub medycznym, która ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra lub równorzędny oraz ukończyła studia podyplomowe z psychoonkologii;
- 15)** <sup>3)</sup> sekretarka medyczna - osoba, która posiada co najmniej wykształcenie średnie i realizuje zadania zlecone przez lekarza, w tym związane z prowadzeniem dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

### § 3

1. Świadczenia gwarantowane obejmują:

- 1)** <sup>4)</sup> świadczenia scharakteryzowane:
- a)** procedurami medycznymi określonymi w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia,
  - b)** rozpoznaniami określonymi w części II załącznika nr 1 do rozporządzenia,
  - c)** rozpoznaniami opisanymi numerami ORPHA, w przypadku chorób rzadkich;
- 2)** badania diagnostyczne oraz leki lub wyroby medyczne, w zakresie niezbędnym do wykonania świadczeń gwarantowanych, o których mowa w pkt 1;
- 3)** świadczenia w chemioterapii;
- 4)** świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych przysługujących świadczeniobiorcy na podstawie art. 15 ust. 2 pkt 15 ustawy.

2. Zabiegi chirurgii plastycznej lub zabiegi kosmetyczne są świadczeniami gwarantowanymi określonymi w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia wyłącznie, jeżeli są udzielane w przypadkach będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstwem ich leczenia.

3. Świadczenia gwarantowane są udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej.

4.<sup>5)</sup> Świadczeniodawca może wziąć pod uwagę zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, które zostały ogłoszone na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy.

#### § 4

1.<sup>6)</sup> Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 3 ust. 1, w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, z wyłączeniem świadczeń realizowanych w szpitalnym oddziale ratunkowym, izbie przyjęć, wyjazdowym zespole sanitarnym typu „N” oraz zespole transportu medycznego, powinien spełniać następujące warunki:

- 1) posiadać w strukturze organizacyjnej szpitala oddział anestezjologii i intensywnej terapii, zwany dalej „OAIIT”;
- 2) w przypadku braku w strukturze organizacyjnej OAIIT:
  - a) posiadać co najmniej jedno stanowisko intensywnej terapii, o którym mowa w załączniku nr 3 w części I w lp. 2 i lp. 3, w części Organizacja udzielania świadczeń w pkt 3, oraz zapewniać prawidłowość leczenia pacjentów i ciągłość postępowania w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii u innego świadczeniodawcy, zlokalizowanego nie dalej niż w sąsiednim powiecie, który udziela świadczeń w tym zakresie, pod warunkiem zapewnienia przez świadczeniodawcę transportu sanitarnego, z uwzględnieniem wskazań medycznych i ciągłości postępowania, w składzie odpowiadającym specjalistycznemu zespołowi ratownictwa medycznego,
  - b) określić szczegółowy sposób zapewnienia przez świadczeniodawcę leczenia pacjentów i ciągłości postępowania w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w wewnętrznych aktach regulujących funkcjonowanie świadczeniodawcy, określających warunki współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania;
- 3) zapewniać całodobowy dostęp do badań:
  - a) laboratoryjnych, w tym mikrobiologicznych,
  - b) tomografii komputerowej (TK),
  - c) rezonansu magnetycznego (RM),
  - d) endoskopowych, zgodnych z profilem udzielanych świadczeń gwarantowanych,
  - e) radiologicznych (RTG), w przypadku jednoprowłokowych szpitali dermatologicznych albo okulistycznych;
- 4) zapewniać całodobowo w lokalizacji realizację badań:
  - a) radiologicznych (RTG),
  - b) ultrasonograficznych (USG), zgodnych z profilem udzielanych świadczeń;
- 5) zapewniać co najmniej dostęp do badań histopatologicznych i cytologicznych;
- 6) w przypadku gdy jest świadczeniodawcą udzielającym świadczeń gwarantowanych wyłącznie w ramach hospitalizacji planowej - zapewniać realizację badań, o których mowa w pkt 4, co najmniej przez zapewnienie do nich dostępu;
- 7) zapewniać co najmniej dostęp do środka transportu sanitarnego, z uwzględnieniem wskazań medycznych i ciągłości postępowania oraz w przypadkach uzasadnionych medycznie dostęp do opieki lekarskiej porównywalnej z udzielaną przez specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego.

2. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1, może wyodrębniać spośród łóżek oddziału łóżka intensywnej opieki medycznej (wzmoczonego nadzoru), będące stanowiskami intensywnej opieki medycznej, przeznaczone dla chorych wymagających wzmoczonego nadzoru i niespełniających kryteriów medycznych przyjęcia do OAIIT, przy czym:

- 1) stanowisko intensywnej opieki medycznej składa się z łóżka szpitalnego ze sztywnym, mobilnym podłożem, umożliwiającym zmianę położenia pacjenta (unoszenie nóg, głowy), wraz z niezbędnym wyposażeniem, spełniającym wymagania określone w pkt 2 i 3, znajdującym się w wyodrębnionym pomieszczeniu z zapewnionym przyłączem tlenu, próżni i sprężonego powietrza;
- 2) w pomieszczeniu ze stanowiskami intensywnej opieki medycznej, zapewniającym swobodny dostęp ze wszystkich stron, z pozostawieniem miejsca na manipulację aparatami przyłóżkowymi, znajdują się:
  - a) kardiowerter-defibrylator - co najmniej jeden,

- b) elektryczne lub próżniowe urządzenie do ssania - co najmniej dwa,
- c) zestaw do intubacji - co najmniej jeden,
- d) worek samorozprężalny - co najmniej jeden,
- e) kardiomonitor umożliwiający indywidualne, ciągłe monitorowanie co najmniej dwóch odprowadzeń EKG, nieinwazyjny pomiar ciśnienia tętniczego, pomiar saturacji - na każde stanowisko,
- f) pompy infuzyjne - co najmniej dwie na jedno stanowisko;

3) dla stanowisk intensywnej opieki medycznej jest zapewniona wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska z możliwością stałej obserwacji każdego pacjenta ze stanowiska pielęgniarki.

3. Wymagania określone w ust. 2 nie dotyczą stanowisk: intensywnej terapii, intensywnego nadzoru kardiologicznego, intensywnej opieki oparzeń, intensywnej opieki toksykologicznej i intensywnej opieki medycznej dla dzieci.

4. <sup>7)</sup> W przypadku udzielania świadczeń na bloku operacyjnym w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej świadczeniodawca zapewnia w zakresie kwalifikacji personelu:

1) równoważnik co najmniej części wymiaru etatu odpowiadający czasowi udzielania świadczeń określone w harmonogramie pracy - 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 za zgodą lekarza kierującego oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lekarz w trakcie specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii, pod warunkiem spełniania standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii określonych na podstawie przepisów o działalności leczniczej;

2) obecność co najmniej dwóch pielęgniarek lub położnych na każdy stół operacyjny odpowiadającą czasowi udzielania świadczeń określone w harmonogramie pracy - pielęgniarka specjalista lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego lub w trakcie tych szkoleń, lub pielęgniarka z co najmniej dwuletnim doświadczeniem w instrumentowaniu do zabiegów, a w przypadkach uzasadnionych medycznie - położna po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego lub położna z co najmniej dwuletnim doświadczeniem w instrumentowaniu do zabiegów.

5. Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 3 ust. 1, w trybie leczenia jednego dnia, powinien spełniać łącznie następujące warunki:

1) <sup>8)</sup> w zakresie kwalifikacji personelu:

- a) równoważnik co najmniej części wymiaru etatu odpowiadający czasowi udzielania świadczeń określone w harmonogramie pracy - lekarz specjalista w dziedzinie odpowiedniej do zakresu udzielanych świadczeń,
- b) równoważnik co najmniej części wymiaru etatu odpowiadający czasowi udzielania świadczeń określone w harmonogramie pracy - pielęgniarka lub położna odpowiednio do zakresu udzielanych świadczeń;

2) w przypadku udzielania świadczeń chirurgii jednego dnia lub dokonywania znieczulenia do zabiegów diagnostycznych w trybie leczenia jednego dnia, zapewnić dodatkowo, oprócz warunków określonych w pkt 1, następujące warunki w zakresie kwalifikacji personelu:

- a) równoważnik co najmniej części wymiaru etatu odpowiadający czasowi udzielania świadczeń określone w harmonogramie pracy - 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, pod warunkiem spełniania standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii określonych na podstawie przepisów o działalności leczniczej,
- b) równoważnik co najmniej części wymiaru etatu odpowiadający czasowi udzielania świadczeń określone w harmonogramie pracy - pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki;

3) zapewniać co najmniej dostęp do badań:

- a) laboratoryjnych, w tym mikrobiologicznych,
- b) tomografii komputerowej (TK),
- c) rezonansu magnetycznego (RM),
- d) radiologicznych (RTG),
- e) ultrasonograficznych (USG), zgodnych z profilem udzielanych świadczeń;

- 4) w przypadku chirurgii jednego dnia zapewniać również co najmniej dostęp do badań cytologicznych i histopatologicznych;
- 5) zapewniać w miejscu udzielania świadczeń co najmniej:
- gabinet diagnostyczno-zabiegowy,
  - punkt pielęgniarstwa z pokojem przygotowawczym pielęgniarstwa,
  - co najmniej 1 pokój dla świadczeniobiorców wyposażony w łóżka lub fotele wypoczynkowe,
  - w przypadku opieki dziennej dla dzieci dodatkowo fotele dla opiekunów;
- 6) w ramach zespołu chirurgii jednego dnia zapewniać w miejscu udzielania świadczeń blok operacyjny, w skład którego wchodzi:
- co najmniej jedna sala operacyjna, mająca bezpośrednie połączenie z częścią brudną bloku operacyjnego przeznaczoną do usuwania zużytego materiału, z zachowaniem ruchu jednokierunkowego,
  - śluza dla pacjenta, przez którą pacjent jest dowożony do bloku operacyjnego,
  - śluza szatniowa, przez którą przechodzi personel,
  - śluza materiałowa przeznaczona do dostarczania oraz krótkotrwałego przechowywania czystych i sterylnych materiałów,
  - pomieszczenie przygotowawcze dla personelu wyposażone w stanowisko chirurgicznego mycia rąk, przez które personel wchodzi do sali operacyjnej,
  - pomieszczenie przygotowania pacjenta,
  - stanowisko znieczulenia ogólnego, wyposażone w:
    - aparat do znieczulenia ogólnego z respiratorem anestetycznym,
    - alarm nadmiernego ciśnienia w układzie oddechowym,
    - alarm rozłączenia w układzie oddechowym,
    - urządzenie ciągłego pomiaru częstości oddychania,
    - urządzenie ciągłego pomiaru objętości oddechowych,
    - worek samorozprężalny i rurki ustno-gardłowe,
    - źródło tlenu, podtlenku azotu, powietrza i próżni,
    - urządzenie do ssania, zestaw do intubacji dotchawiczej,
    - defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji,
    - wyciąg gazów anestetycznych,
    - zasilanie elektryczne z systemem awaryjnym,
    - źródło światła,
    - sprzęt do dożylnego podawania leków,
    - fonendoskop lub dla dzieci stetoskop przedsercowy, aparat do pomiaru ciśnienia krwi,
    - monitor stężenia tlenu w układzie anestetycznym z alarmem wartości granicznych,
    - pulsoksymetr, kardiomonитор, kapnograf, monitor zwiótczenia mięśniowego, monitor gazów anestetycznych,
    - urządzenie do ogrzewania płynów infuzyjnych, urządzenie do ogrzewania pacjenta,
    - sprzęt do szybkich oraz regulowanych przetoczeń płynów,
  - sala wybudzeń, o ile nie została zorganizowana poza blokiem operacyjnym, wyposażona w:
    - źródła: tlenu, powietrza i próżni,
    - aparat do pomiaru ciśnienia krwi,
    - kardiomonитор,
    - pulsoksymetr,
  - pomieszczenia dla personelu z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym,
  - magazyn sprzętu i aparatury,
  - magazyn czystej bielizny,
  - magazyn brudnej bielizny,
  - pomieszczenie porządkowe;
- 7)<sup>9)</sup> w przypadkach uzasadnionych medycznie zapewniać dostęp do świadczeń zespołu transportu medycznego.

#### § 4a

1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, realizujący leczenie onkologiczne, o którym mowa w art. 32a ustawy, oraz na warunkach określonych w załączniku nr 3 do rozporządzenia, pełniący rolę ośrodka wiodącego, powinien spełniać następujące warunki:

- 1)<sup>10)</sup> posiadać procedurę postępowania i organizacji udzielania świadczeń zapewniającą:
- wyodrębnienie ustalającego plan leczenia onkologicznego wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, w przypadku:
    - leczenia dzieci, składającego się co najmniej z lekarzy specjalistów w dziedzinie:
      - onkologii i hematologii dziecięcej,
      - radioterapii lub radioterapii onkologicznej albo medycyny nuklearnej - w przypadku nowotworów

złośliwych lub miejscowo złośliwych, zwanych dalej „nowotworami złośliwymi”, leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej,

- - chirurgii dziecięcej albo w przypadku chirurgii szczękowo-twarzowej - chirurgii szczękowo-twarzowej lub chirurgii stomatologicznej, albo w przypadku otorynolaryngologii - otolaryngologii dziecięcej lub otorynolaryngologii dziecięcej, lub laryngologii, lub otolaryngologii, lub otorynolaryngologii,

- leczenia dorosłych, składającego się co najmniej z lekarzy specjalistów w dziedzinie:

- - onkologii klinicznej,

- - radioterapii lub radioterapii onkologicznej albo medycyny nuklearnej - w przypadku nowotworów złośliwych leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej,

- - chirurgii onkologicznej albo ogólnej, albo w innej dziedzinie zabiegowej odpowiedniej dla danego rodzaju lub umiejscowienia nowotworu złośliwego,

- leczenia nowotworów złośliwych układu krwiotwórczego lub układu chłonnego u dorosłych, składającego się co najmniej z 2 lekarzy specjalistów w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub 1 specjalisty w dziedzinie hematologii i 1 specjalisty w dziedzinie onkologii klinicznej,

**b)** podjęcie leczenia:

- w przypadku nowotworów złośliwych układu krwiotwórczego lub układu chłonnego u dzieci - podjęcie leczenia w okresie nie dłuższym niż 14 dni od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia,

- w przypadkach, w których postawienie rozpoznania onkologicznego jest możliwe wyłącznie w wyniku zabiegu diagnostyczno-leczniczego - przeprowadzenie zabiegu diagnostyczno-leczniczego oraz ustalenie planu leczenia onkologicznego przez zespół, o którym mowa w lit. a, w okresie nie dłuższym niż 28 dni od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia,

- w pozostałych przypadkach - ustalenie planu leczenia onkologicznego przez zespół, o którym mowa w lit. a, i podjęcie leczenia w okresie nie dłuższym niż 14 dni od dnia umieszczenia świadczeniobiorcy na liście oczekujących na udzielenie świadczenia,

**c)** wyodrębnienie planującego i koordynującego proces leczenia wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego w przypadku diagnostyki i leczenia nowotworu złośliwego piersi, składającego się z:

- lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej lub chirurgii onkologicznej, lub ginekologii onkologicznej, z udokumentowanym doświadczeniem obejmującym chirurgiczne zabiegi piersi,

- lekarza specjalisty w dziedzinie onkologii klinicznej,

- lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii plastycznej lub chirurgii onkologicznej, lub chirurgii ogólnej posiadającego udokumentowane certyfikatem ukończenie szkolenia z zakresu chirurgii rekonstrukcyjnej gruczołu piersiowego, lub chirurgii plastycznej w przypadku omawiania postępowania w sprawie wykonania rekonstrukcji piersi,

- lekarza specjalisty w dziedzinie radioterapii lub radioterapii onkologicznej,

- lekarza specjalisty w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej z udokumentowanym doświadczeniem w wykonywaniu i interpretacji badań obrazowych piersi (w szczególności mammografii i ultrasonografii),

- lekarza specjalisty w dziedzinie patomorfologii,

- psychologa lub psychoonkologa,

- pielęgniarki specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, z co najmniej 2-letnim doświadczeniem w realizacji świadczeń dla świadczeniobiorców z diagnozą nowotworu piersi,

- fizjoterapeuty;

**2)** zapewniać ustalenie planu leczenia onkologicznego przez zespół, o którym mowa w pkt 1 lit. a, a w przypadku nowotworów złośliwych układu krwiotwórczego lub układu chłonnego u dzieci bez udziału tego zespołu;

**3)** zapewniać udokumentowany udział w zespole prowadzącym leczenie świadczeniobiorców:

**a)** osoby prowadzącej fizjoterapię,

**b)** psychologa lub psychoonkologa;

**4)** <sup>11)</sup> zapewniać w lokalizacji:

**a)** w przypadku leczenia dzieci - oddział o profilu:

- onkologia i hematologia dziecięca lub

- chirurgia onkologiczna dziecięca, lub

- chirurgia onkologiczna, lub

- onkologia i hematologia dziecięca oraz chirurgia dziecięca, lub

- onkologia kliniczna oraz chirurgia dziecięca, lub

- chirurgia szczękowo-twarzowa dla dzieci, lub

- otorynolaryngologia dla dzieci,

**b)** w przypadku nowotworów złośliwych układu krwiotwórczego - oddział o profilu hematologia lub onkologia kliniczna oraz oddział o profilu zabiegowym,

**c)** w przypadku nowotworów złośliwych układu chłonnego:

- oddział o profilu hematologia lub onkologia kliniczna oraz oddział o profilu zabiegowym,
- oddział o profilu dermatologia i wenerologia oraz oddział o profilu zabiegowym - w przypadku pierwotnych skórnych postaci nowotworów złośliwych,
- ca) w przypadku nowotworów piersi - oddział o profilu chirurgii ogólnej lub chirurgii onkologicznej, lub ginekologii onkologicznej.
- d) w pozostałych przypadkach - oddział o profilu zabiegowym;

5) zapewniać udokumentowaną koordynację, w tym dostęp do świadczeń:

- a) chemioterapii oraz
  - b) radioterapii onkologicznej i medycyny nuklearnej - w przypadku nowotworów złośliwych leczonych z wykorzystaniem medycyny nuklearnej
- odpowiednio w trybie hospitalizacji, leczenia jednego dnia i ambulatoryjnym.

2. Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych w chemioterapii i radioterapii onkologicznej powinien zapewnić, w przypadkach określonych w art. 33b ust. 2 ustawy, zakwaterowanie albo zakwaterowanie i transport świadczeniobiorcy z miejsca tego zakwaterowania do miejsca udzielania świadczeń.

3.<sup>12)</sup> Świadczeniodawca, który zamierza realizować świadczenia gwarantowane diagnostyki i leczenia onkologicznego poszczególnych grup nowotworów zgodnie z warunkami szczegółowymi, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy realizujący świadczenia gwarantowane diagnostyki i leczenia onkologicznego poszczególnych grup nowotworów, w terminie do dnia 10 listopada każdego roku przedstawia do właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia dokumenty potwierdzające spełnienie warunków realizacji określonych w załączniku nr 3a do rozporządzenia za okres co najmniej roku kalendarzowego. Przystąpienie do realizacji świadczeń gwarantowanych diagnostyki i leczenia onkologicznego poszczególnych grup nowotworów na warunkach określonych w załączniku nr 3a do rozporządzenia następuje po potwierdzeniu przez właściwy oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie do dnia 10 grudnia tego roku spełnienia tych warunków, a świadczeniodawca otrzymuje potwierdzenie spełnienia warunków realizacji ośrodka diagnostyki i leczenia nowotworów odpowiednio do spełnianych warunków.

4.<sup>13)</sup> Świadczeniodawca realizujący świadczenia gwarantowane diagnostyki i leczenia onkologicznego poszczególnych grup nowotworów na warunkach określonych w załączniku nr 3a do rozporządzenia, do dnia 10 listopada każdego roku przedstawia do właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia dokumenty potwierdzające spełnienie warunków realizacji określonych w załączniku nr 3a do rozporządzenia za poprzedzający rok kalendarzowy. Kontynuacja realizacji świadczeń gwarantowanych diagnostyki i leczenia onkologicznego poszczególnych grup nowotworów na warunkach określonych w załączniku nr 3a do rozporządzenia następuje po potwierdzeniu przez właściwy oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie do dnia 10 grudnia każdego roku spełnienia tych warunków. Na podstawie potwierdzenia właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia świadczeniodawca kontynuuje potwierdzenie spełnienia warunków realizacji ośrodka diagnostyki i leczenia nowotworów odpowiednio do spełnianych warunków. Brak potwierdzenia przez właściwy oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie do dnia 10 grudnia każdego roku spełnienia tych warunków uniemożliwia realizację świadczeń na warunkach określonych w załączniku nr 3a do rozporządzenia, a świadczeniodawca traci potwierdzenie spełnienia warunków realizacji ośrodka diagnostyki i leczenia nowotworów odpowiednio do spełnianych warunków.

## § 5

1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej zapewnia całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską lub położnych we wszystkie dni tygodnia.

2. Liczba i kwalifikacje personelu niezbędnego dla zapewnienia opieki, o której mowa w ust. 1, są ustalane przez świadczeniodawcę, z uwzględnieniem:

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

3. Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych jest obowiązany do spełnienia całodobowo warunków określonych odpowiednio w załącznikach nr 3 i 4 do rozporządzenia.

4.<sup>14)</sup> (uchylony)

5. W sytuacji gdy świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji zapewnia jednocześnie w lokalizacji świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych, realizacja tych świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej może być łączona z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w innych komórkach organizacyjnych świadczeniodawcy udzielających świadczeń w trybie hospitalizacji, z uwzględnieniem intensywności pracy poszczególnych komórek organizacyjnych udzielających świadczeń w trybie hospitalizacji oraz świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych.

6. <sup>15)</sup> Świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji, hospitalizacji planowej lub leczenia jednego dnia może, w celu zapewnienia właściwej opieki oraz organizacji pracy, zatrudnić:

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

7. <sup>16)</sup> Liczba i kwalifikacje personelu, o którym mowa w ust. 6, są ustalane przez świadczeniodawcę, z uwzględnieniem:

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

**§ 5a** Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 3 ust. 1, jest obowiązany do opracowania i wdrożenia procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu.

## **§ 6**

1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej poddaje wszystkich świadczeniobiorców przyjmowanych do leczenia, z wyłączeniem szpitalnego oddziału ratunkowego, przesiewowej ocenie stanu odżywienia (SGA lub NRS 2002 - u dorosłych, na siatkach wzrastania u dzieci i młodzieży), zgodnie z zasadami określonymi w „Standardach żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego” Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego lub, w przypadku dzieci, zgodnie z zasadami określonymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego Dzieci.

2. U świadczeniobiorców objętych powtarzalną hospitalizacją przesiewowa ocena stanu odżywienia, o której mowa w ust. 1, jest dokonywana w czasie pierwszej hospitalizacji, a następnie nie rzadziej niż co 14 dni.

3. U świadczeniobiorców poddanych hospitalizacji i hospitalizacji planowej trwającej jeden dzień przesiewowa ocena stanu odżywienia jest dokonywana w przypadku spadku masy ciała w okresie ostatnich 6 miesięcy przekraczającego 5% zwykłej masy ciała.

4. Przesiewowa ocena stanu odżywienia nie jest dokonywana w oddziałach okulistycznych, otorynolaryngologicznych, alergologicznych oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu, jeżeli hospitalizacja pacjenta trwa krócej niż 3 dni.

5. Świadczeniobiorców, u których stwierdzono na podstawie oceny, o której mowa w ust. 1, zwiększone ryzyko związane ze stanem odżywienia, poddaje się ocenie żywieniowej.

**§ 6a** Świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej jest obowiązany do opracowania i wdrożenia procedury oceny geriatrycznej pacjenta, z wyjątkiem oddziałów szpitalnych o profilu pediatrycznym, neonatologicznym oraz położniczo-ginekologicznym.

**§ 6b** Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 3 ust. 1, jest obowiązany do:

- 1) wdrożenia systemu zapobiegania zakażeniom szpitalnym i ich zwalczania, w tym zespołu i komitetu kontroli zakażeń szpitalnych zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób



zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2016 r. poz. 1866, 2003 i 2173 oraz z 2017 r. poz. 2217);

**2)** stosowania się do rekomendacji postępowania profilaktycznego i diagnostyczno-terapeutycznego w zakażeniach szpitalnych, opracowanych w ramach Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków.

**§ 7** Przejazd środkami transportu sanitarnego w przypadkach niewymienionych w art. 41 ust. 1 i 2 ustawy jest finansowany w 40% ze środków publicznych w przypadku:

- 1)** chorób krwi i narządów krwiotwórczych,
- 2)** chorób nowotworowych,
- 3)** chorób oczu,
- 4)** chorób przemiany materii,
- 5)** chorób psychicznych i zaburzeń zachowania,
- 6)** chorób skóry i tkanki podskórnej,
- 7)** chorób układu krążenia,
- 8)** chorób układu moczowo-płciowego,
- 9)** chorób układu nerwowego,
- 10)** chorób układu oddechowego,
- 11)** chorób układu ruchu,
- 12)** chorób układu trawiennego,
- 13)** chorób układu wydzielania wewnętrznego,
- 14)** chorób zakaźnych i pasożytniczych,
- 15)** urazów i zatruć,
- 16)** wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomowych

- gdy ze zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego wynika, że świadczeniobiorca jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymaga przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych.

**§ 8** Świadczenia gwarantowane w chemioterapii są udzielane przy zastosowaniu leków, dla których ustalono kategorię dostępności refundacyjnej - lek stosowany w chemioterapii, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1844), lub leków sprowadzanych z zagranicy na warunkach i w trybie określonych w art. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2017 r. poz. 2211) zawierających substancje czynne z rozpoznaniem według ICD-10 określone w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

## **§ 9**

1. Warunki szczegółowe realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego określa załącznik nr 3 do rozporządzenia. W przypadku gdy w strukturze organizacyjnej świadczeniodawcy w tej samej lokalizacji:

- 1)** znajduje się kilka oddziałów szpitalnych oznaczonych tymi samymi kodami części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz.U. poz. 594 oraz

z 2017 r. poz. 999), zwanych dalej „kodami resortowymi”; za spełnienie warunków określonych w załączniku nr 3 do rozporządzenia dla miejsca udzielania świadczeń odpowiadających tym oddziałom uważa się spełnienie tych wymagań dla miejsca udzielania świadczeń w przypadku co najmniej jednego z tych oddziałów i dla lokalizacji w przypadku pozostałych oddziałów;

2) znajdują się co najmniej dwa oddziały szpitalne oznaczone kodem resortowym 4421; za spełnienie warunków określonych w załączniku nr 3 do rozporządzenia dla miejsca udzielania świadczeń, określonych w części I w lp. 28 tego załącznika, uważa się spełnienie tych warunków dla miejsca udzielania świadczeń w przypadku co najmniej jednego z tych oddziałów i dla lokalizacji w przypadku pozostałych oddziałów;

3) znajdują się co najmniej dwa oddziały szpitalne oznaczone kodami resortowymi 4450, 4454, 4456 lub 4458; za spełnienie warunków określonych w załączniku nr 3 do rozporządzenia dla miejsca udzielania świadczeń, określonych w części I w lp. 39 tego załącznika, uważa się spełnienie tych warunków dla miejsca udzielania świadczeń w przypadku co najmniej jednego z tych oddziałów i dla lokalizacji w przypadku pozostałych oddziałów.

1a.<sup>17)</sup> Warunki szczegółowe, jakie są obowiązani spełnić świadczeniodawcy realizujący świadczenia gwarantowane diagnostyki i leczenia onkologicznego poszczególnych grup nowotworów, określa załącznik nr 3a do rozporządzenia.

2. Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, które są udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków ich realizacji, oraz dodatkowe warunki realizacji tych świadczeń określa załącznik nr 4 do rozporządzenia.

## § 10

1. Przepisy rozporządzenia stosuje się do świadczeń gwarantowanych udzielanych od dnia 1 stycznia 2014 r., z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Przepisy rozporządzenia, o których mowa:

1) w załączniku nr 3 do rozporządzenia w części I w lp. 8 i w załączniku nr 4 do rozporządzenia w lp. 10, w części chirurgia naczyniowa (dotyczy tętniaków aorty obejmujących tętnice trzewne i nerkowe), stosuje się do świadczeń gwarantowanych udzielanych od dnia 1 lipca 2014 r.;

2) w załączniku nr 3 do rozporządzenia w części I w lp. 21 lit. A i B i w lp. 32 lit. A i B, stosuje się do świadczeń gwarantowanych udzielanych od dnia 1 stycznia 2015 r.

3. Do świadczeń gwarantowanych:

1) o których mowa w ust. 2 pkt 1, udzielanych przed dniem 1 lipca 2014 r.,

2) o których mowa w ust. 2 pkt 2, udzielanych przed dniem 1 stycznia 2015 r.,

3) innych niż określone w pkt 1 i 2, udzielanych przed dniem 1 stycznia 2014 r.

- stosuje się przepisy dotychczasowe.

§ 11 Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia<sup>18)</sup> .<sup>19)</sup>

<sup>1)</sup> 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).

<sup>2)</sup> § 2 pkt 11a dodany rozporządzeniem z dnia 12.12.2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 2376), które wchodzi w życie 1.01.2019 r.

<sup>3)</sup> § 2 pkt 15 dodany rozporządzeniem z dnia 12.12.2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 2376), które wchodzi w życie 1.01.2019 r.

<sup>4)</sup> § 3 ust. 1 pkt 1 w brzmieniu rozporządzenia z dnia 12.12.2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 2376), które wchodzi w życie 1.01.2019 r.

<sup>5)</sup> § 3 ust. 4 dodany rozporządzeniem z dnia 12.12.2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 2376), które wchodzi w życie 1.01.2019 r.

<sup>6)</sup> § 4 ust. 1 zdanie wstępne w brzmieniu rozporządzenia z dnia 15.02.2019 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 401), które wchodzi w życie 16.03.2019 r.

- 
- <sup>7)</sup> § 4 ust. 4 w brzmieniu rozporządzenia z dnia 17.03.2020 r. (Dz.U. z 2020 r. poz. 466), które wchodzi w życie 18.03.2020 r.
- <sup>8)</sup> § 4 ust. 5 pkt 1 zmieniony rozporządzeniem z dnia 11.10.2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 2012), które wchodzi w życie 3.11.2018 r.
- <sup>9)</sup> § 4 ust. 5 pkt 7 dodany rozporządzeniem z dnia 15.02.2019 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 401), które wchodzi w życie 16.03.2019 r.
- <sup>10)</sup> § 4a ust. 1 pkt 1 zmieniony rozporządzeniem z dnia 24.05.2019 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 1062), które wchodzi w życie 1.10.2019 r.
- <sup>11)</sup> § 4a ust. 1 pkt 4 zmieniony rozporządzeniem z dnia 24.05.2019 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 1062), które wchodzi w życie 1.10.2019 r.
- <sup>12)</sup> § 4a ust. 3 dodany rozporządzeniem z dnia 24.05.2019 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 1062), które wchodzi w życie 1.10.2019 r.
- <sup>13)</sup> § 4a ust. 4 dodany rozporządzeniem z dnia 24.05.2019 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 1062), które wchodzi w życie 1.10.2019 r.
- <sup>14)</sup> § 5 ust. 4 uchylony rozporządzeniem z dnia 11.10.2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 2012), które wchodzi w życie 1.01.2019 r.
- <sup>15)</sup> § 5 ust. 6 dodany rozporządzeniem z dnia 12.12.2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 2376), które wchodzi w życie 1.01.2019 r.
- <sup>16)</sup> § 5 ust. 7 dodany rozporządzeniem z dnia 12.12.2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 2376), które wchodzi w życie 1.01.2019 r.
- <sup>17)</sup> § 9 ust. 1a dodany rozporządzeniem z dnia 24.05.2019 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 1062), które wchodzi w życie 1.10.2019 r.
- <sup>18)</sup> Rozporządzenie zostało ogłoszone w dniu 12 grudnia 2013 r.
- <sup>19)</sup> Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2013 r. poz. 1082 i 1096), które utraciło moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zgodnie z art. 85 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1844).