

MedTech Poland

Program Moje Zdrowie

**ogólnopolski program profilaktyczno-
diagnostyczny, którego celem jest wczesne
wykrywanie chorób oraz promowanie zdrowego
stylu życia.**



ŚWIADCZENIA GWARANTOWANE Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ – MOJE ZDROWIE I BUDŻET POWIERZONY

Spis treści

I.	PROGRAM MOJE ZDROWIE	3
1.	Zasady funkcjonowania programu	3
2.	Cele programu	3
3.	Warunki realizacji programu.....	4
4.	Etapy uczestnictwa	4
5.	Częstotliwość	5
6.	Sprawozdawczość i rozliczanie	5
A.	Produkty rozliczeniowe	5
B.	Wycena poszczególnych produktów rozliczeniowych	6
C.	Wykluczenia w rozliczaniu	6
7.	Analizy i rekomendacje AOTMiT	7
8.	Nazwy wyrobów	8
9.	Porównanie z profilaktyka 40 plus.....	9
A.	Porównanie zakresu i rodzaju badań diagnostycznych	10
10.	Zastrzeżenia Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej	11
II.	ŚWIADCZENIA Z BUDŻETU POWIERZONEGO	14
1.	Wstęp	14
2.	Budżet diagnostyczny powierzony w podstawowej opiece zdrowotnej.....	14
3.	Zakres badań laboratoryjnych w obrębie budżetu powierzzonego.....	14
4.	Diagnostyka w ramach opieki koordynowanej	15
5.	Zakres badań laboratoryjnych realizowanych w ramach opieki koordynowanej .	15
6.	Sprawozdawczość i rozliczenia	16
7.	Podsumowanie	17

I. PROGRAM MOJE ZDROWIE

1. Zasady funkcjonowania programu

Jest on bezpłatny i skierowany do osób powyżej 20. roku życia. Jego celem jest wczesne wykrywanie chorób oraz promowanie zdrowego stylu życia. Program realizowany jest przez przychodnie podstawowej opieki zdrowotnej oraz przez medyczne laboratoria diagnostyczne.

WAŻNE! Liczy się rok urodzenia, a nie dokładna data urodzin.

Program Moje Zdrowie wchodzi w zakres świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Świadczenie obejmuje: wypełnienie ankiety lub kwestionariusza, przeprowadzenie badań diagnostycznych (w podstawowym zakresie, z możliwością rozszerzenia w zależności od potrzeb), wizytę podsumowującą bilans zdrowia wraz z opracowaniem Indywidualnego Planu Zdrowotnego (IPZ), a także realizację interwencji prozdrowotnych w formie porad edukacyjnych dla pacjentów należących do określonych grup ryzyka.

Obecnie wszystkie badania diagnostyczne przewidziane w ramach wnioskowanego świadczenia znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych, określonym w rozporządzeniach Ministra Zdrowia dotyczących świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (w tym w ramach Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (ChUK) oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej).

Program Moje Zdrowie zbiera dostępne badania w ramach poszczególnych akcji, programów, funduszy i wrzuca je do jednego koszyka funduszu badań powierzonych.

2. Cele programu

- regularne informacje na temat stanu zdrowia;
- porady edukacyjne i dietetyczne, zalecenia dotyczące utrzymania zdrowia i sprawności;
- wdrożenie nawyku systematycznego wykonywania bilansu swojego zdrowia: nie chodzi o to, by się badać tylko w ramach programu, ale by przynajmniej raz na kilka lat sprawdzić stan swojego zdrowia;
- wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych: chorób układu krążenia i cukrzycy, chorób nerek, zaburzeń funkcji tarczycy, wybranych chorób onkologicznych, wybranych chorób infekcyjnych (HCV) oraz zaburzeń psychicznych i poznawczych;
- lepsze przygotowanie do konsultacji u lekarza, wzmocnienie roli lekarzy POZ w profilaktyce;
- motywacja do dbania o siebie, przyjęcia zalecanych szczepionek, prowadzenia zdrowszego trybu życia, korzystania z porad z zakresu profilaktyki.

30 kwietnia 2025 r. zakończył się pilotażowy program "Profilaktyka 40 Plus"

3. Warunki realizacji programu

Personel:

- 1) lekarz udzielający świadczeń w zakresie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w części V ust. 1 pkt 1.1 lub pkt 1.2, lub
- 2) pielęgniarka, o której mowa w art. 5 pkt 26 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, lub
- 3) położna, o której mowa w art. 5 pkt 26 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, lub
- 4) profilaktyk, o którym mowa w art. 1 ust. 1 pkt 1 lit. i ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (Dz. U. poz. 1972 oraz z 2024 r. poz. 1897).
- 5) dietetyk, o którym mowa w lp. 2 załącznika do ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych.

Miejsce:

- POZ
- medyczne laboratorium diagnostyczne wpisane do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.

4. Etapy uczestnictwa

Bilans zdrowia osoby dorosłej składa się z następujących elementów:

1. Wypełnienie przez pacjenta ankiety/kwestionariusza bilansu zdrowia dorosłych, dostępnego za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta (IKP) lub bezpośrednio w placówce podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

WAŻNE! Przychodnia POZ powinna wystawić skierowanie w ciągu 30 dni.

2. **Wykonanie badań diagnostycznych**, które dzielą się na:
 - **Podstawowe** – przeznaczone dla wszystkich objętych bilansem, obejmujące: morfologię krwi, poziom glukozy, kreatyninę (z eGFR), lipidogram (cholesterol całkowity, LDL, HDL, triglicerydy), TSH oraz lipoproteinę A.
 - **Rozszerzone** – wykonywane w zależności od wieku pacjenta i wyników ankiety, obejmujące: ALAT, ASPAT, GGTP, PSA całkowity (dla mężczyzn), anty-HCV oraz badanie kału na krew utajoną metodą FIT.
3. **Wizyta podsumowująca**, w trakcie której pacjent otrzymuje **Indywidualny Plan Zdrowotny (IPZ)**. Wizyta ta zawiera:
 1. pomiary ciśnienia tętniczego, tętna oraz pomiary antropometryczne (waga, wzrost, obwód talii, wskaźnik BMI),

2. ocenę funkcji poznawczych u pacjentów w wieku 60 lat i więcej z wykorzystaniem skali mini-COG,
 3. analizę wyników badań laboratoryjnych,
 4. analizę wyników ankiety, w tym ocenę zawartych w niej zwalidowanych kwestionariuszy służących do wykrywania zaburzeń zdrowotnych,
 5. ocenę całkowitego ryzyka sercowo-naczyniowego z wykorzystaniem skali SCORE2, SCORE2-OP lub SCORE2-Diabetes2 (dla pacjentów z rozpoznaną cukrzycą).
4. **Interwencje prozdrowotne** – w zależności od wyników bilansu pacjent może otrzymać maksymalnie dwie porady edukacyjne oraz poradę antynikotynową.

5. Częstotliwość

- Osoby w wieku 20–49 lat: co 5 lat.
- Osoby w wieku 50 lat i więcej: co 3 lata.

Po upływie 12 miesięcy od ostatniego badania wykonywanego w ramach programu pilotażowego "Profilaktyka 40 PLUS", o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 48e ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

6. Sprawozdawczość i rozliczanie

Zarządzenie nr 34/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 2 maja 2025 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/43538/Zarządzenie-34_2025_DSOZ) wprowadza zmiany w zakresie funduszu badań powierzonych i ustala stawki dla poszczególnych badań diagnostycznych wchodzących w skład Programu Moje Zdrowie (sprawozdawczość i rozliczania się ze świadczeń realizowanych w ramach programu Moje Zdrowie)

Część badań diagnostycznych realizowanych w ramach programu Moje zdrowie jest udzielana równocześnie w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej.

A. Produkty rozliczeniowe

5.01.00.0000283	Bilans zdrowia osoby dorosłej w wieku 20-59
5.01.00.0000284	Bilans zdrowia osoby dorosłej w wieku 60 plus
5.01.00.0000285	Porada edukacyjna – Bilans zdrowia
5.01.00.0000293	Badanie ogólne moczu – Bilans zdrowia
5.01.00.0000286	ASPAT – Bilans zdrowia
5.01.00.0000287	ALAT – Bilans zdrowia
5.01.00.0000288	GGTP – Bilans zdrowia

5.01.00.0000289	PSA – Bilans zdrowia
5.01.00.0000290	Przeciwciała anty-HCV – Bilans Zdrowia
5.01.00.0000291	Lipoproteina a – Bilans Zdrowia
5.01.00.0000292	Test na krew utajoną w kale metodą immunochemiczną (FIT-OC)

B. Wycena poszczególnych produktów rozliczeniowych

W zakresie programu Moje Zdrowie **dodano** ustalone poniższe wartości:

- **Badanie ogólne moczu – Bilans zdrowia – 15,75**
- **ASPAT – 12,00**
- **ALAT – 12,00**
- **GGTP – 13,00**
- **PSA – 32,00**
- **Przeciwciała anty-HCV – Bilans Zdrowia– 44,00**
- **Lipoproteina a – 54,00**
- **Test na krew utajoną w kale metodą immunochemiczną (FIT-OC) – 58,00**
- Bilans zdrowia osoby dorosłej w wieku 20-59 – 325,00
- Bilans zdrowia osoby dorosłej w wieku 60 plus – 349,00
- Porada edukacyjna – Bilans zdrowia – 52,92

C. Wykluczenia w rozliczaniu

Zarządzenie wprowadza wykluczenia rozliczania świadczenia:

- "Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej" **udzielonego w tym samym dniu** co Porada kompleksowa w ramach świadczeń w Budżecie Powierzonym Opieki Koordynowanej **u danego jednego pacjenta**
- Porady edukacyjnej - bilans zdrowia realizowanej w ramach świadczenia "Moje zdrowie - bilans zdrowia osoby dorosłej" **udzielonej tego samego dnia** co:
 - i. Porada edukacyjna realizowana w ramach świadczeń w Budżecie Powierzonym Opieki Koordynowanej **u danego świadczeniobiorcy** albo
 - ii. udzielonej tego samego dnia co Konsultacja dietetyczna realizowana w ramach świadczeń z Budżetu Powierzonego Opieki Koordynowanej **u danego świadczeniobiorcy**.

W przypadku gdy w ramach realizacji świadczenia gwarantowanego „Moje Zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej” zostaną stwierdzone odchylenia od normy lub czynniki ryzyka wskazujące na możliwość rozwijającej się choroby przewlekłej (np. cukrzyca, choroby układu krążenia), lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może podjąć decyzję o objęciu pacjenta opieką koordynowaną i rozpoczęciu realizacji Indywidualnego Planu Opieki Medycznej (IPOM).

W takim przypadku bilans zdrowia pełni rolę wstępnego narzędzia identyfikacji potrzeb zdrowotnych i może stanowić uzasadnienie dla objęcia pacjenta kompleksową opieką w ramach świadczeń w budżecie powierzonym opieki koordynowanej, o których mowa w pkt II poniżej.

Jednocześnie należy pamiętać, że wyniki badań wykonanych w ramach świadczenia „Moje Zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej” mogą zostać wykorzystane klinicznie przy planowaniu dalszej opieki, **jednak nie mogą być powtórnie rozliczane w ramach budżetu powierzonego. Tzn. to samo badanie nie może zostać zgłoszone jednocześnie jako wykonane w ramach bilansu i jako wykonane w ramach opieki koordynowanej.**

Obowiązuje zakaz podwójnego rozliczania tych samych świadczeń – zgodnie z zasadami rozliczania świadczeń gwarantowanych oraz wymogami sprawozdawczymi NFZ.

7. Analizy i rekomendacje AOTMiT

Rekomendacje AOTMiT nie mają charakteru normatywnego, są formalną podstawą do podejmowania decyzji administracyjnych i kształtowania aktów normatywnych przez MZ lub Prezesa NFZ. Zatem zaproponowane przez nią technologie, metody diagnostyczne oraz parametry jakościowe stanowią de facto wytyczne do właściwego działania.

Zgodnie z dokumentami AOTMiT wyceny badań zostały oparte na:

- danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ (m.in. z programu „Profilaktyka 40 Plus”),
- analizie kosztów rzeczywistych realizacji świadczeń w POZ,
- wycenach i rekomendacjach AOTMiT dla poszczególnych badań, bazujących na:
 - kosztach materiałów i odczynników,
 - kosztach osobowych (czas pracy personelu),
 - kosztach pośrednich (amortyzacja sprzętu, nadzór),
 - dostępności i rozpowszechnieniu technologii.

Dla programu przyjęto model:

- **finansowania zadaniowego** – świadczeniodawca otrzymuje konkretną kwotę za wykonane świadczenie (np. badanie PSA),
- dodatkowo: **premie za objęcie pacjenta bilansem i za realizację IPZ** (np. udział pacjenta w programie przesiewowym).

Wyceny świadczeń diagnostycznych w programie „Moje Zdrowie” zostały ustalone na podstawie:

- rzeczywistych danych kosztowych z NFZ i CeZ,
- taryfikacji AOTMiT opartych na analizie kosztów jednostkowych i rynkowych,
- porównań z analogicznymi świadczeniami w innych programach.

Liczebność populacji docelowej oszacowano na poziomie od około 748,9 tys. osób w pierwszym roku realizacji programu do około 3,2 mln w dziesiątym roku analizy. Przy tych szacunkach

uwzględniono przewidziane interwały realizacji bilansu zdrowia – co 5 lat dla osób w wieku 20–59 lat oraz co 3 lata dla osób powyżej 60. roku życia. Dodatkowo, przyjęto zmienną zgłaszalność, mieszczącą się w przedziale od 11% do 40%, w zależności od roku realizacji programu.

Raport wskazuje, że w przypadku podjęcia decyzji o włączeniu badania kału na krew utajoną metodą immunochemiczną (FIT) do bilansu zdrowia dorosłych realizowanego w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, w celu zapewnienia wysokiej jakości wykonania badania oraz jego spójności z obowiązującym programem badań przesiewowych raka jelita grubego, należy rozważyć następujące działania:

- **Zastosowanie testów FIT o wysokiej jakości diagnostycznej**, charakteryzujących się czułością i swoistością na poziomie co najmniej 85–90%, przy optymalnym progu odcięcia wynoszącym 10 µg/g.
- **Ustalenie wymagań dla laboratoriów medycznych**, obejmujących:
 - posiadanie certyfikatu jakości ISO 15189:2012,
 - minimum trzyletnie doświadczenie w wykonywaniu testów FIT,
 - ukończenie udokumentowanego szkolenia oraz posiadanie certyfikatu potwierdzającego umiejętność obsługi analizatora wykorzystywanego do ilościowej immunochemicznej analizy próbek kału.
- **Dostosowanie systemów informatycznych** do kompleksowej obsługi procesu, w tym:
 - rejestrowania i raportowania wyników badań przesiewowych,
 - monitorowania populacji kwalifikującej się do badania,
 - prowadzenia bazy danych uczestników obejmującej informacje kontaktowe oraz dane niezbędne do dalszej diagnostyki, w tym kolonoskopii.

8. Nazwy wyrobów

Nie ma bezpośrednio odniesień do konkretnych wyrobów medycznych. Jedynie Program Moje Zdrowie zawiera odniesienia do szczegółowo opisanych rodzajów testów oraz wskazuje konkretne metody diagnostyczne, co stanowi ograniczenie w zakresie przeprowadzanych badań.

Również raport odwołuje się do konkretnych parametrów jakościowych.

Tak opisane rozwiązania i badania mogą pośrednio wskazywać poszczególne technologie, a także nawet producentów.

Takie działanie może naruszać neutralność technologiczną w ochronie zdrowia – nie można faworyzować określonych marek ani wyrobów medycznych, przy czym można wskazywać konkretne metody kliniczne, o ile uzasadniają to kryteria kliniczne oraz wymagania jakościowe.

W szczególności odnosi się to do:

- testu FIT (immunochemicznego) na krew utajoną
- narzędzi takich jak AUDIT-C, PHQ-9, SCORE2

- potencjalnie: wymagań wobec analizatorów laboratoryjnych (np. ISO 15189).

Zastrzeżenia dotyczyć mogą w szczególności zapisu „**test FIT-OC**” w badaniach na krew utajoną w kale. W Programie Profilaktyka 40 PLUS to samo badanie zostało określone jako: krew utajona w kale – metodą immunochemiczną (iFOBT).

iFOBT i FIT-OC to w istocie to samo – immunochemiczna metoda wykrywania krwi utajonej w kale, tyle że „FIT-OC” **może** odnosić się do konkretnego testu (często handlowego).

W oficjalnych programach zdrowotnych i dokumentach publicznych przyjmuje się stosowanie terminu „iFOBT” lub „ilościowy FIT”, ewentualnie z doprecyzowaniem cut-offu (np. $\geq 10 \mu\text{g/g}$).

Należy jednak pamiętać, że nazwa test FIT-OC nie jest bezpośrednio zastrzeżoną nazwą handlową, mimo że często testy dostępne na rynku kojarzona są z tą nazwą oraz w tekście omawianego rozporządzenia nie wskazano producenta ani konkretnego wyrobu.

Zasadniczo treść Rozporządzenia wprowadzającego Program „Moje Zdrowie” zachowuje wyważoną i uzasadnioną neutralność technologiczną. Dokument nie zawiera odniesień do konkretnych nazw handlowych ani wskazań mogących faworyzować określone rozwiązania produktowe. Potencjalne wątpliwości dotyczące naruszenia zasady neutralności technologicznej mogą wynikać jedynie z przyjęcia określonych standardów diagnostycznych i pomiarowych, jednak także w tym zakresie Rozporządzenie utrzymuje proporcjonalność i niezbędny poziom obiektywizmu.

9. Porównanie z profilaktyka 40 plus

Element	Profilaktyka 40 PLUS	Moje Zdrowie
Grupa docelowa	Osoby ≥ 40 lat	Osoby ≥ 20 lat
Częstotliwość badań	Jednorazowo	Co 5 lat (20–49 lat), co 3 lata (50+ lat)
Zakres badań	Ograniczony	Szeroki, w tym badania laboratoryjne, pomiary antropometryczne, IPZ
Wizyta podsumowująca	Brak	Tak
Porada edukacyjna	Brak	Tak
Integracja z IKP	Ograniczona	Pełna integracja z IKP i aplikacją mojejIKP

Ekspertki pokazują także różnicę w celowanej populacji w porównaniu do Profilaktyka 40 Plus:

Populacja potencjalnie kwalifikująca się do przeprowadzenia bilansu zdrowia wynosi około 30 milionów osób, z czego około 21 milionów objętych byłoby bilansem realizowanym raz na 5 lat, a około 9 milionów – raz na 3 lata. Dla porównania, do programu „Profilaktyka 40 Plus” kwalifikowało się około 20 milionów osób, jednak w jego pierwszym roku uczestniczyło jedynie 150 tysięcy, a w kolejnych latach – maksymalnie 1,5 miliona osób (zgodnie z danymi zawartymi w raporcie z

ewaluacji programu). Na podstawie tych danych można założyć, że w ciągu pierwszych dwóch lat realizacji programu bilansu zdrowia odsetek osób, które wezmą w nim udział, prawdopodobnie nie przekroczy 10% populacji uprawnionej.

A. Porównanie zakresu i rodzaju badań diagnostycznych

Profilaktyka 40 PLUS	Moje Zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej
PODSTAWOWE	PODSTAWOWE
morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi	morfologię krwi;
stężenie cholesterolu całkowitego albo kontrolny profil lipidowy (w zakres kontrolnego profilu lipidowego wchodzi badania: cholesterolu LDL, cholesterolu HDL, cholesterolu nie-HDL, triglicerydów)	lipidogram uwzględniający stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, cholesterolu LDL, cholesterolu HDL, cholesterolu nie-HDL oraz triglicerydów
stężenie glukozy we krwi	stężenie glukozy w osoczu krwi żyłnej
poziom kreatyniny we krwi	stężenie kreatyniny we krwi, wraz z oszacowaną wartością eGFR
badanie ogólne moczu	badanie ogólne moczu.
	ROZSZERZONE
próby wątrobowe: AlAT, AspAT, GGTP	aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT), aktywność aminotransferazy asparaginianowej (AspAT), aktywność gammaglutamylotranspeptydazy (GGTP)
krew utajona w kale – metodą immunochemiczną (iFOBT).	Test na krew utajoną w kale metodą immunochemiczną (FIT-OC) - dla osób powyżej 50 roku życia
(M) PSA – antygen swoisty dla stercza całkowity	stężenie całkowite antygenu specyficznego dla prostaty (PSA) we krwi u mężczyzn powyżej 50 roku życia;
	stężenie hormonu tyreotropowego (TSH)
	obecność przeciwciał anti-HCV we krwi
	stężenie lipoproteiny (a) we krwi - wykonywane w ramach Bilansu tylko raz w życiu między 20 a 40 rokiem życia
	BADANIA NA PODSTAWIE IPZ

Poziom kwasu moczowego we krwi	Badanie poziomu kwasu moczowego nie zostało wprost wskazane jako obowiązkowe, ale: może być zalecane w ramach indywidualnego planu zdrowotnego (IPZ) u osób z otyłością, nadciśnieniem, niewydolnością nerek czy podejrzeniem dny, znajduje się w katalogu świadczeń POZ w ramach badań powierzonych – lekarz POZ może je zlecić bez dodatkowych kosztów dla pacjenta
--------------------------------	---

10. Zastrzeżenia Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej

Zarząd Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej stworzył listę błędów pojawiających się w Programie Moje Zdrowie i propozycji poprawek, którą wystąpił do Ministerstwa Zdrowia.

Uwaga/opinia	Uzasadnienie	Propozycje rozwiązań
W sposób nieuzasadniony dopuszczono do przeprowadzania ankiety zdrowotnej profilaktyków a nie umożliwiono tego innym zawodom medycznym, które posiadają kompetencje nabyte w toku kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego w tym zakresie	Listę personelu w ramach „warunków realizacji świadczenia gwarantowanego” w wierszy 1 proponujemy uzupełnić o: 1) położne, 2) ratowników medycznych, 3) opiekunów medycznych, 4) diagnostów laboratoryjnych, Do rozważenia jest również czy nie powinien być to dowolny pracownik podmiotu wykonującego działalność medyczną o co najmniej średnim wykształceniu, działający pod nadzorem lekarza, pielęgniarki lub jednej z wyżej wskazanych osób.	Dodanie w punkcie 1. Kolejnych podpunktów: 3) położna, 4) ratownik medyczny, 5) opiekun medyczny, 6) diagnosta laboratoryjny, Ewentualnie: 7) inny pracownik świadczeniodawcy z co najmniej średnim wykształceniem, działający pod nadzorem osoby, o której mowa powyżej

W liście badań laboratoryjnych występują błędy merytoryczne, w tym dotyczące użycia niefachowych, tradycyjnych i potocznych nazw, co może skutkować niejednoznacznością interpretacją, a ponadto wpływa na niespójność analizowanych dokumentów	Powinno się zastosować fachowe określenia i poprawne nazwy badań laboratoryjnych, zgodne z aktualnym stanem wiedzy i zapewnić jednocześnie ujednolicenie brzmienia całości dokumentu i aktualizowanych dokumentów źródłowych, ponieważ w kilku miejscach to samo badanie jest nazywane inaczej	Proponuje się następujące brzmienie: Badania diagnostyczne 1. Zakres podstawowy badań laboratoryjnych obejmuje: 1) morfologię krwi z wzorem odsetkowym; 2) stężenie glukozy w surowicy/osoczu; 3) stężenie kreatyniny w surowicy/osoczu, wraz z oszacowaną wartością GFR); 4) lipidogram uwzględniający stężenie w surowicy/osoczu: cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, cholesterolu nie-HDL oraz triglicerydów; 5) stężenie hormonu tyreotropowego (TSH) w surowicy/osoczu. 2. Zakres rozszerzony badań diagnostycznych obejmuje warunkowo, w zależności od wieku i wyniku ankiety KBZOD, oznaczenie w surowicy/osoczu: 1) aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 2) aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 3) aktywności gammaglutamylotranspeptydazy (GGTP); 4) całkowitego stężenia antygenu specyficznego dla prostaty (PSA) u mężczyzn; 5) przeciwciał do HCV; stężenia lipoproteiny a [Lp(a)] – oznaczane w ramach Bilansu raz w życiu między 20 a 40 rokiem życia
Wskazano jedynie lokalizację lub dostęp do miejsca wykonywania badań laboratoryjnych.	Należy wskazać personel odpowiedzialny za autoryzację wyników uzyskanych badań, tj. diagnostę laboratoryjnego	Dodać: Wyniki przeprowadzonych badań laboratoryjnych autoryzuje diagnosta laboratoryjny, zgodnie z zapisami Ustawy o medycynie laboratoryjnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 2280)
W sposób zupełnie nieuzasadniony przywiązano wykonanie pomiaru ciśnienia tętniczego i tętna oraz	Doświadczenie uzyskane w toku programu Profilaktyka 40+ wskazuje na to, że pomiary antropometryczne oraz	Przesunięcie pomiarów antropometrycznych oraz pomiaru ciśnienia i tętna na etap badań laboratoryjnych (pobrania krwi do nich).

pomiary antropometryczne oraz wyliczanie BMI z wizytą podsumowującą podczas gdy pomiarów tych można dokonać (a nawet jest to bardziej zasadne z punktu widzenia oceny wyników badań) równoległe z pobraniem materiału do badań a zatem w ramach etapu „badania diagnostyczne”.	pomiary ciśnienia i tętna wykonywane przy pobraniu materiału do badań przebiegały zasadniczo bez zarzutu. Ponadto, ewentualne wykryte nieprawidłowości np. w rytmie serca mogą być powiązane z określonymi parametrami badań krwi. Zatem merytorycznie najbardziej uzasadnione jest dokonywanie tych pomiarów i badań w tej samej chwili co pobrania krwi do badania. Stan pacjenta po kilku dniach czy nawet 2 tygodniach (kiedy pojawi się na wizycie podsumowującej) może być już znacząco inny	
W sposób zupełnie nieuzasadniony nie dopuszczono diagnostów laboratoryjnych do przeprowadzania porady edukacyjnej. Diagnosta laboratoryjny jest przygotowany merytorycznie (wiedza i umiejętności nabyte w oparciu o standard kształcenia przeddyplomowego na kierunku analiza medyczna) i ustawowo zobowiązany do udzielania pacjentowi informacji o stanie zdrowia.	Ustawa o medycynie laboratoryjnej mówi: Art. 24. Diagnosta laboratoryjny jest obowiązany na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta: 1) informować pacjenta o jego prawach określonych w tej ustawie; 2) udzielać informacji o stanie zdrowia pacjenta, w zakresie udzielanych przez niego świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez niego uprawnieniami; 3) zachowywać w tajemnicy informacje związane z pacjentem, uzyskane od lekarza lub	Dodać do Personel: 3) diagnosta laboratoryjny

	lekarza dentystę leczącego pacjenta w związku z wykonywaniem zawodu.	
--	--	--

II. ŚWIADCZENIA Z BUDŻETU POWIERZONEGO

1. Wstęp

W 2022 roku w polskim systemie opieki zdrowotnej wprowadzono możliwość zlecenia pacjentowi przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) m. in. dodatkowych badań laboratoryjnych w ramach tzw. diagnostycznego budżetu powierzonego i budżetu opieki koordynowanej. Katalog badań laboratoryjnych dostępnych w ramach opieki koordynowanej jest szerszy względem tego realizowanego w ramach POZ, jednak system opieki koordynowanej nie jest skierowany do wszystkich pacjentów, lecz przede wszystkim do leczących się na choroby przewlekłe (lub u których wykryto podejrzenie choroby przewlekłej) w ramach wizyt u lekarza pierwszego kontaktu.

2. Budżet diagnostyczny powierzony w podstawowej opiece zdrowotnej

Od 1 lipca 2022 roku lekarze podstawowej opieki zdrowotnej mają możliwość poszerzenia diagnostyki o nowe badania w ramach tzw. diagnostycznego budżetu powierzonego. W związku z wejściem w życie nowelizacji tzw. „rozporządzenia koszykowego”, czyli rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, do katalogu badań związanych z realizacją świadczeń lekarza POZ dodano kilka dotychczas niedostępnych dla lekarzy POZ badań laboratoryjnych. Dodanie nowych badań do wykazu ujętego w rozporządzeniu sprawiło, że lekarz pierwszego kontaktu może wcześniej zdiagnozować np. podłoże stanu zapalnego, alergii, przyczynę niedokrwistości czy wrzodów żołądka, a dzięki temu wcześniej przystąpić do celowanego leczenia pacjenta. Może też świadomie podjąć decyzję o skierowaniu pacjenta do właściwej poradni specjalistycznej oraz ograniczyć zastosowanie antybiotyków, co jest istotne zwłaszcza w przypadku pacjentów pediatrycznych.

Budżet diagnostyczny planowany jest na okresy półroczne i realizowany do kwot wynikających z przeliczników liczby badań na 10 tysięcy populacji objętej opieką przez miesiąc. Oznacza to, że lekarz POZ może decydować o skierowaniu pacjenta na badania kierując się nie tylko wskazaniami medycznymi, ale także stopniem dotychczasowej realizacji budżetu przez placówkę.

3. Zakres badań laboratoryjnych w obrębie budżetu powierzonego

Do badań biochemicznych udostępnionych lekarzowi POZ w ramach budżetu powierzonego należą: oznaczenie poziomu ferrytyny, witaminy B₁₂, kwasu foliowego, przeciwciał anti-CCP (przeciwko cyklicznemu cytrulinowanemu peptydowi; oznaczenie

stanowi marker istotny w rozpoznaniu i monitorowaniu przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów) i przeciwciał anti-HCV (przeciwno wirusowi zapalenia wątroby typu C), a także oznaczenie CRP w szybkim teście ilościowym u dzieci do ukończenia 6 lat. Możliwe jest również oznaczenie antygenu *Helicobacter pylori* w kale i wykonanie tzw. Strep testu (badania mikrobiologicznego, umożliwiającego przesiewową diagnostykę zakażeń bakteryjnych wywołanych paciorkowcami). W listopadzie 2023 roku do listy badań laboratoryjnych dostępnych w ramach budżetu powierzonego dodano oznaczenie immunoglobulin E całkowite (IgE), Immunoglobulin E swoistych do 10 alergenów wziewnych (leszczyna, olcha, brzoza, trawy, żyto, bylica, roztocza kurzu domowego, sierść psa, sierść kota, alternaria) i 10 alergenów pokarmowych (mleko, jaja, pszenica, soja, orzechy ziemne, orzechy laskowe, ryby, owoce morza i skorupiaki, marchew, jabłko).

4. Diagnostyka w ramach opieki koordynowanej

Świadczenia opieki koordynowanej wprowadzone zostały nowelizacją „rozporządzenia koszykowego” z dnia 15 września 2022 r. Możliwość wykonania badań finansowanych z tych źródeł dotyczy pacjentów pełnoletnich z już zdiagnozowaną chorobą przewlekłą lub jej podejrzeniem. Badania zlecane w ramach opieki koordynowanej dotyczą pacjentów borykających się z najczęstszymi chorobami cywilizacyjnymi, tj. chorobami serca i układu krążenia, cukrzycą, chorobami płuc i nerek oraz tarczycy. Założeniem opieki koordynowanej jest przede wszystkim skrócenie i skoordynowanie diagnostyki i terapii, zmniejszenie liczby i kosztów wizyt lekarskich, udroźnienie najczęściej uczęszczanych ścieżek w ramach podstawowej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej i wreszcie – co również istotne – ułatwienie życia pacjentom.

System opieki koordynowanej daje lekarzowi POZ możliwość zlecania wybranym pacjentom dodatkowych świadczeń diagnostycznych (m. in. EKG wysiłkowe, Holter EKG, ECHO serca, usg dopplerowskie naczyń kończyn dolnych lub tętnic szyjnych) oraz wybranych badań laboratoryjnych z listy dotychczas dostępnej jedynie dla lekarzy specjalistów.

Oprócz zlecania badań diagnostycznych i laboratoryjnych, lekarz w ramach utworzonego w ramach opieki koordynowanej Indywidualnego Planu Opieki Medycznej może również skierować pacjenta do wybranych specjalistów, takich jak dietetycy oraz z lekarzami innych specjalności, np. kardiologów, diabetologów czy endokrynologów lub sam skonsultować się z nimi w sprawie leczenia pacjenta.

5. Zakres badań laboratoryjnych realizowanych w ramach opieki koordynowanej

Nowelizacja rozporządzenia koszykowego powiązana była czasowo i funkcjonalnie z wprowadzeniem Zarządzenia Nr 124/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 września 2022 r. *zmieniającego zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna*. Zarządzenie to wprowadziło do polskiej ochrony zdrowia tzw. **świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej**.

W ramach opieki koordynowanej pacjentom z rozpoznaniem niedoczynności tarczycy lub z guzkami tarczycy lekarz POZ może wystawić w ramach opieki koordynowanej skierowanie na badanie przeciwciał anty-TPO (przeciwno peroksydazie tarczycowej), anty-TSHR (przeciwno receptorom TSH) i anty-TG (przeciwno tyreoglobulinie).

W dziedzinie kardiologii dla pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, niewydolnością serca, przewlekłą chorobą niedokrwinną serca oraz migotaniem przedsionków, możliwe jest zlecenie następujących badań laboratoryjnych: NT-proBNP oraz albuminuria (poziom albumin w moczu).

W dziedzinie diabetologii, w przypadku pacjentów z rozpoznaniem lub podejrzeniem cukrzycy, możliwe jest otrzymanie zlecenia na oznaczenie stężenia albumin w moczu i oznaczenie UACR (wskaźnika albumina/kreatynina w moczu).

6. Sprawozdawczość i rozliczenia

Budżet powierzony obejmuje świadczenia:

1. **medycznej diagnostyki laboratoryjnej oraz diagnostyki obrazowej i nieobrazowej** (tzw. diagnostyka),
2. **opieki koordynowanej**, czyli dodatkowych świadczeń takich jak:
 - a) badania diagnostyczne,
 - b) konsultacje specjalistyczne,
 - c) porady dietetyczne i edukacyjne,
 - d) działania koordynatora POZ.

Są to świadczenia, które **nie są objęte standardową stawką kapitałową POZ**, lecz finansowane są z odrębnych środków NFZ w ramach zawartej umowy na opiekę koordynowaną.

Świadczeniodawca, aby realizować opiekę koordynowaną, musi złożyć odpowiedni wniosek do NFZ, zawrzeć odrębną umowę oraz spełnić wymogi kadrowe (np. zatrudnienie koordynatora, dostęp do specjalistów) i organizacyjne.

Rozliczenia świadczeń finansowanych z budżetu powierzonego odbywają się na podstawie odrębnych kodów świadczeń i comiesięcznych raportów, zawierających m.in.:

- „**pers-real**” – wykaz personelu realizującego świadczenia,
- „**calc-personel-real**” – zbiorczy opis struktury kadrowej (liczba etatów i kompetencje).

Przykładowo: po realizacji porady kompleksowej lekarz POZ może zlecić badania diagnostyczne w ramach opieki koordynowanej lub medycznej diagnostyki laboratoryjnej. Badania są wykonywane przez uprawnionego podwykonawcę (np. laboratorium

diagnostyczne), a następnie rozliczane w comiesięcznym raporcie XML z oznaczeniem kodu świadczenia i przypisaniem do „budżetu powierzonego diagnostycznego” lub „budżet powierzony”.

Jeżeli wcześniej – w ramach innych świadczeń gwarantowanych, np. Programu „Moje Zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej” – u danego pacjenta wykonano już określone badania diagnostyczne, a w toku opieki koordynowanej zachodzi medyczna potrzeba ich ponownego wykonania, to te nowe wykonania mogą zostać rozliczone w ramach budżetu powierzonego.

Niedopuszczalne jest natomiast **ponowne rozliczanie tego samego wykonanego już wcześniej badania** – czyli zgłaszanie tej samej usługi zarówno w ramach świadczeń gwarantowanych, jak i jako element opieki koordynowanej. Stanowiłoby to naruszenie zasady **zakazu podwójnego rozliczania świadczeń**, obowiązującej w systemie świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

7. Podsumowanie

Poza wymienionymi w tekście badaniami laboratoryjnymi, w ramach opieki koordynowanej lekarz POZ ma również możliwość skierowania pacjenta na wybrane badania diagnostyczne, np. z zakresu diagnostyki obrazowej. Należy jednak pamiętać, że decyzję o konieczności zlecenia badań laboratoryjnych lekarz podejmuje kierując się wskazaniami medycznymi oraz dostępnymi w budżecie środkami finansowymi na realizację świadczeń.
