



Ekspertyza
w zakresie dysfunkcjonalności systemu oraz rozwiązań
prawnych i zmian organizacji udzielania świadczeń
prowadzących do wzrostu ilości wykonywanych badań
i poprawy koordynacji udzielania świadczeń
w profilaktyce raka piersi

ARTUR FAŁEK

Spis treści

Aktualny stan prawny	3
Analiza rozporządzeń koszykowych	5
Podstawowa opieka zdrowotna	5
Opieka koordynowana w POZ	7
Wnioski	9
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	9
Wnioski	10
Leczenie szpitalne	11
Wnioski	12
Programy zdrowotne	12
Wnioski	13
Analiza produktów rozliczeniowych NFZ	14
Finansowanie świadczeń w POZ	14
Finansowanie świadczeń w AOS	18
Finansowanie świadczeń odrębnie kontraktowanych	20
Finansowanie świadczeń w programach profilaktycznych	21
Stan prawny badań profilaktycznych pracowników	25
Ocena zewnętrzna działań profilaktycznych	26
Raport NIK	26
Analiza danych o świadczeniach rozliczonych z NFZ w okresie 2022-2024	28
Podsumowanie	32
Dysfunkcjonalności obecnego systemu	32
Proponowane zmiany w przepisach prawa i organizacji udzielania świadczeń	33
I. Poprawa edukacji	33
I.1 Edukacja w medycynie pracy.....	33
I.2 Edukacja w POZ	34
II. Wprowadzenie obowiązku kierowania na badania profilaktyczne.....	35
III. Wprowadzenie obowiązku wykonania badania profilaktycznego	36
IV. Obniżenie składki rentowej w przypadku wykonania badań profilaktycznych.....	39
V. Pakiet Profilaktyczny	40
VI. e-Skierowanie i informacja o zaległym badaniu przez IPK	40
VII. Informacja o zaległym badaniu w aplikacji m-Obywatel	41
VIII. Zmiana wyceny badania, rozszerzenie zakresu świadczeń	41
IX. Presja ze strony Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących	42
X. Włączenie lekarzy i pielęgniarek Służby Medycyny Pracy	43
XI. Dostęp do IKP dla lekarzy Medycyny Pracy	43
XII. Płacenie lekarzom Medycyny Pracy za zlecone badanie profilaktyczne.....	44
XIII. Dodatkowy dzień wolny na udział w badaniach profilaktycznych.....	44
XIV. Nagradzanie świadczeniobiorców za udział w badaniach profilaktycznych	45
Programy zdrowotne	46
Podsumowanie	47
Akty prawne	48
Inne regulacje	48
Inne opracowania	49
Streszczenie	50

Wstęp

Ekspertyza została przygotowana w związku z opublikowaną w 2024 r. rekomendacją Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej i Konsultanta Krajowego w dziedzinie ginekologii onkologicznej dotyczącą włączenia mammografii do badań z zakresu medycyny pracy oraz brakiem wdrożenia rekomendacji przez Ministra Zdrowia.

Ekspertyza ma na celu identyfikację ewentualnych barier i dysfunkcjonalności systemu ograniczających możliwość rekomendowanego działania oraz wskazanie rozwiązań polegających na zmianie przepisów prawa i organizacji udzielania świadczeń prowadzących do wzrostu ilości wykonywanych badań profilaktycznych i poprawy koordynacji udzielania świadczeń.

Aktualny stan prawny

Warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zasady i tryb ich finansowania oraz kwalifikowania świadczeń jako świadczeń gwarantowanych określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Na podstawie upoważnienia zawartego w Art. 31d. Minister Zdrowia określa, w drodze rozporządzeń, w poszczególnych zakresach, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1-8 i 10-13, wykazy świadczeń gwarantowanych wraz z określeniem:

- 1) poziomu lub sposobu finansowania danego świadczenia gwarantowanego,
- 2) warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego, w tym dotyczących personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz właściwego zabezpieczenia tych świadczeń.

Zakresy, o których mowa w Art. 15 ust. 2. ustawy to:

- 1) podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- 2a) świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w powiatowym centrum zdrowia;
- 3) leczenia szpitalnego;
- 4) opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień;
- 5) rehabilitacji leczniczej;
- 6) świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej;
- 7) leczenia stomatologicznego;
- 8) lecznictwa uzdrowiskowego;
- 9) zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej, oraz ich naprawy, o których mowa w ustawie o refundacji;
- 10) ratownictwa medycznego;

- 11) opieki paliatywnej i hospicyjnej;
- 12) świadczeń wysokospecjalistycznych;
- 13) programów zdrowotnych;
- 14) leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę;
- 15) programów lekowych określonych w przepisach ustawy o refundacji;
- 16) leków stosowanych w chemioterapii określonych w przepisach ustawy o refundacji;
- 17) leków nieposiadających pozwolenia na dopuszczenie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, sprowadzanych z zagranicy na warunkach i w trybie określonym w art. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne, pod warunkiem że w stosunku do tych leków wydano decyzję o objęciu refundacją na podstawie ustawy o refundacji;
- 17a) ratunkowego dostępu do technologii lekowych;
- 18) środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, sprowadzonych z zagranicy na warunkach i w trybie określonym w art. 29a ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2023 r. poz. 1448), pod warunkiem, że w stosunku do tych środków wydano decyzję o objęciu refundacją na podstawie ustawy o refundacji;
- 19) stwierdzenia w związku z wydaniem zaświadczenia, o którym mowa w art. 133 § 2b ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks postępowania karnego (Dz. U. z 2024 r. poz. 37), że stan zdrowia osoby, która udzieliła pełnomocnictwa pocztowego do odbioru przesyłek pocztowych w placówce pocztowej w rozumieniu ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. - Prawo pocztowe (Dz. U. z 2023 r. poz. 1640), uniemożliwia lub w znacznym stopniu utrudnia osobiste odebranie pisma w placówce pocztowej.

2a. Świadczeniobiorcy przysługują również świadczenia gwarantowane udzielane za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia lub Fundusz...

Ogólne warunki umów Płatnika ze Świadczeniodawcami określone są w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2015, poz. 1400, z późn. zm.).

Przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określają zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Analiza rozporządzeń koszykowych

W celu weryfikacji systemowej organizacji i możliwości finansowania badań profilaktycznych raka piersi przeanalizowano rozporządzenia Ministra Zdrowia:

- z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U.2013.1413, z późn. zm.), dalej zwane Rozporządzeniem POZ
- z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U.2013.1520, z późn. zm.), dalej zwane Rozporządzeniem AOS;
- z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U.2013.1096, z późn. zm.), dalej zwane Rozporządzeniem SZP;
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz.U.2013.1505 z późn. zm.), dalej zwane Rozporządzeniem PROG.

Podstawowa opieka zdrowotna

Wczesne wykrycie nowotworu jest krytyczne dla dalszego postępowania leczniczego i rokowania. Stąd też duży nacisk Regulatora na właściwe postępowanie w miejscu zakładanego najczęstszego kontaktu pacjenta – w podstawowej opiece zdrowotnej.

Świadczenia gwarantowane w zakresie POZ obejmują:

- 1) świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej;
- 3) świadczenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej;
- 4) świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielane w środowisku nauczania i wychowania;
- 5) świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
- 6) transport sanitarny;
- 7) opiekę koordynowaną.

Zgodnie z § 4. rozporządzenia koszykowego świadczeniodawca w POZ zapewnia nieodpłatnie, w zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych:

- 1) badania diagnostyczne, określone w części IV i IVa załącznika nr 1 oraz w załączniku nr 6 do rozporządzenia;
- 2) leki i wyroby medyczne oraz środki pomocnicze
- 3) konsultacje: lekarza specjalisty, dietetyczne oraz porady edukacyjne, w przypadku świadczeń opieki koordynowanej.

W kompetencji lekarza POZ, w ramach stawki kapitacyjnej jest szereg badań diagnostycznych, które lekarz może (powinien) wykonać w procesie diagnostycznym problemów zdrowotnych, są to:

1. Badania hematologiczne:
 - 1) morfologia krwi obwodowej z płytkami krwi;

- 2) morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi;
- 3) retikulocyty;
- 4) odczyn opadania krwinek czerwonych (OB).

2. Badania biochemiczne i immunochemiczne:

- 1) sód;
- 2) potas;
- 3) wapń zjonizowany;
- 4) żelazo;
- 5) żelazo - całkowita zdolność wiązania (TIBC);
- 6) stężenie transferyny;
- 7) stężenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c);
- 8) mocznik;
- 9) kreatynina;
- 10) glukoza;
- 11) test obciążenia glukozą;
- 12) białko całkowite;
- 13) proteinogram;
- 14) albumina;
- 15) białko C-reaktywne (CRP);
- 16) kwas moczowy;
- 17) cholesterol całkowity;
- 18) cholesterol-HDL;
- 19) cholesterol-LDL;
- 20) triglicerydy (TG);
- 21) bilirubina całkowita;
- 22) bilirubina bezpośrednia;
- 23) fosfataza alkaliczna (ALP);
- 24) aminotransferaza asparaginianowa (AST);
- 25) aminotransferaza alaninowa (ALT);
- 26) gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP);
- 27) amylaza;
- 28) kinaza kreatynowa (CK);
- 29) fosfataza kwaśna całkowita (ACP);
- 30) czynnik reumatoidalny (RF);
- 31) miano antystreptolizyn O (ASO);
- 32) hormon tyreotropowy (TSH);
- 33) antygen HBs-AgHBs;
- 34) VDRL;
- 35) FT3;
- 36) FT4;
- 37) PSA - Antygen swoisty dla stercza całkowity

3. Badania moczu:

- 1) ogólne badanie moczu z oceną właściwości fizycznych, chemicznych oraz oceną mikroskopową osadu;
- 2) ilościowe oznaczanie białka;
- 3) ilościowe oznaczanie glukozy;
- 4) ilościowe oznaczanie wapnia;
- 5) ilościowe oznaczanie amylazy.

4. Badania kału:

- 1) badanie ogólne;
- 2) pasożyty;
- 3) krew utajona - metodą immunochemiczną.

5. Badania układu krzepnięcia:

- 1) wskaźnik protrombinowy (INR);
- 2) czas kaolinowo-kefalinowy (APTT);
- 3) fibrynogen.

6. Badania mikrobiologiczne:

- 1) posiew moczu z antybiogramem;
- 2) posiew wymazu z gardła z antybiogramem;
- 3) posiew kału w kierunku pałeczek Salmonella i Shigella;

- 4) test antygenowy SARS-CoV-2 uzyskiwany za pomocą Systemu Dystrybucji Szczepionek (SDS);
- 5) test antygenowy w kierunku: SARS-CoV-2/grypy A+B/RSV.
7. Badanie elektrokardiograficzne (EKG) w spoczynku.
8. Diagnostyka ultrasonograficzna:
 - 1) 88.713 USG tarczycy i przytarczyc;
 - 2) 88.717 USG ślinianek;
 - 3) 88.752 USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego;
 - 4) 88.761 USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej, w tym wstępnej oceny gruczołu krokowego;
 - 5) 88.790 USG węzłów chłonnych (obwodowych węzłów chłonnych).
9. (uchylony).
10. (uchylony).
11. Zdjęcia radiologiczne:
 - 1) zdjęcie klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej;
 - 2) zdjęcia kostne - w przypadku kręgosłupa; kończyn i miednicy w projekcji AP i bocznej;
 - 3) zdjęcie czaszki;
 - 4) zdjęcie zatok;
 - 5) zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej.
12. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może wystawiać skierowanie na badania endoskopowe:
 - 1) gastroscopia;
 - 2) kolonoskopia.
13. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może wystawiać skierowanie na badanie tomografii komputerowej płuc po stwierdzeniu nieprawidłowości w badaniu radiologicznym klatki piersiowej przy wskazaniach do pogłębienia diagnostyki.
14. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, realizujący zakres opieki koordynowanej ChNS, może wystawiać skierowanie na badanie tomografii komputerowej tętnic wieńcowych przy wskazaniu do diagnostyki w kierunku choroby niedokrwiennej serca.

Jak wskazuje praktyka sposób finansowania stawką kapitałową opieki w POZ powoduje, że lekarze rodzinni ograniczają zlecenie badań diagnostycznych będących, zgodnie z rozporządzeniem w ich kompetencji, ponieważ muszą je wykonać albo we własnym zakresie albo za nie zapłacić.

Opieka koordynowana w POZ

W celu ominięcia ww. bariery wprowadzono do POZ budżet powierzony diagnostyczny. Różnica polega na sposobie finansowania badań diagnostycznych. Przy wykonywaniu ww. badań lekarz rodzinny nie otrzymuje środków do swojej dyspozycji a priori. Koszty ww. badań są refinansowane na zasadzie fee for service po sprawozdaniu ich wykonania (konieczne jest udokumentowanie w dokumentacji medycznej, a w przypadku zlecenia wykonania badań zewnętrznym podmiotom dodatkowo faktura). Niewykorzystane środki z budżetu powierzonego nie stanowią w żaden sposób przychodu lekarza.

Oczywiście zakresy badań, które powinny być finansowane ze stawki kapitałowej i z budżetu powierzonego diagnostycznego nie pokrywają się. Wynika to z założenia, żeby dodatkowe środki do POZ kierować na „nowe” zadania, które są zdefiniowane i uwarunkowane szczegółową sprawozdawczością.

Tabela I. Badania wykonywane i finansowane z budżetu powierzonego diagnostycznego.

Budżet powierzony diagnostyczny*

l.p.	Nazwa świadczenia	Jednostka rozliczeniowa	Wartość jednostki w zł
1.18	Ferrytyna	Świadczenie	24,15
1.19	Witamina B12	Świadczenie	25,36
1.20	Kwas foliowy	Świadczenie	19,32
1.21	Anty-CCP	Świadczenie	68,84
1.22	CRP - szybki test ilościowy (populacja do ukończenia 6 r.ż.)	Świadczenie	16,91
1.23	Przeciwciała anty-HCV	Świadczenie	46,20
1.24	Antygen H. pylori w kale – test kasetkowy	Świadczenie	27,77
1.25	Antygen H. pylori w kale – test laboratoryjny	Świadczenie	73,67
1.26	Strep-test	Świadczenie	14,49
1.27	Immunoglobuliny E całkowite (IgE)	Świadczenie	28,35
1.28	Immunoglobuliny E swoiste (IgE) z panelem 10-punktowych oznaczeń dotyczący alergii wziewnych	Świadczenie	117,87
1.29	Immunoglobuliny E swoiste (IgE) z panelem 10-punktowych oznaczeń dotyczący alergii pokarmowych	Świadczenie	117,87
1.30	Immunoglobuliny E swoiste (IgE) z panelem 20-punktowych oznaczeń dotyczący alergii wziewnych	Świadczenie	198,27
1.31	Immunoglobuliny E swoiste (IgE) z panelem 20-punktowych oznaczeń dotyczący alergii pokarmowych	Świadczenie	198,27
1.32	HIV test przesiewowy (przeciwciała przeciwko anty – HIV i antygen p24)	Świadczenie	41,79

Jak wspomniano wyżej, z użyciem dodatkowych środków finansowych odbudowywany jest zakres działań podstawowej opieki zdrowotnej, zakres który powinien wynikać pośrednio z ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (Art. 4. Ustawy: *Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.*).

Obecnie, zgodnie z załącznikiem Nr 6 do rozporządzenia Ministra Zdrowia ws. świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, świadczenia opieki koordynowanej są realizowane w co najmniej jednym z następujących zakresów:

- 1) diagnostyka i leczenie nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, przewlekłej choroby niedokrwiennej serca oraz migotania przedsionków lub
- 2) diagnostyka i leczenie stanów przedcukrzycowych albo cukrzycy, lub
- 3) diagnostyka i leczenie astmy oskrzelowej i przewlekłej choroby obturacyjnej płuc, lub
- 4) diagnostyka i leczenie nadczynności tarczycy, diagnostyka i leczenie niedoczynności tarczycy oraz diagnostyka guzków pojedynczych i mnogich tarczycy, lub
- 5) diagnostyka i leczenie przewlekłej choroby nerek.

Tabela II. Katalog świadczeń opieki koordynowanej aktualnie obejmuje następujące świadczenia:

7	Budżet powierzony opieki koordynowanej**		
l.p.	Nazwa świadczenia	Jednostka rozliczeniowa	Wartość jednostki w zł
7.1	BNP (NT-pro-BNP)	Świadczenie	112,07
7.2	albuminuria (stężenie albumin w moczu)	Świadczenie	9,48
7.3	UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu)	Świadczenie	37,42
7.4	antyTPO (przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej)	Świadczenie	48,88
7.5	antyTSHR (przeciwciała przeciw receptorom TSH)	Świadczenie	81,76
7.6	antyTG (przeciwciała przeciw tyreoglobulinie).	Świadczenie	42,76
7.7	EKG wysiłkowe (próba wysiłkowa EKG)	Świadczenie	199,70
7.8	Holter EKG 24 godz. (24 godzinna rejestracja EKG)	Świadczenie	165,52
7.9	Holter EKG 48 godz. (48 godzinna rejestracja EKG)	Świadczenie	185,75
7.10	Holter EKG 72 godz. (72-godzinna rejestracja EKG)	Świadczenie	216,93
7.11	Holter RR (24-godzinna rejestracja ciśnienia tętniczego)	Świadczenie	165,52
7.12	USG Doppler tętnic szyjnych	Świadczenie	128,32
7.13	USG Doppler żył kończyn dolnych	Świadczenie	193,23
7.14	USG Doppler tętnic kończyn dolnych	Świadczenie	193,23
7.15	ECHO serca przekłatkowe	Świadczenie	194,93

7.16	spirometria	Świadczenie	67,92
7.17	spirometria z próbą rozkurczową	Świadczenie	120,20
7.18	biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy celowana do 2 procedur (u dorosłych)	Świadczenie	481,67
7.19	biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy celowana (u dorosłych) co najmniej 3 procedury	Świadczenie	967,04
7.20	konsultacja z lekarzem specjalistą (lekarz poz - lekarz specjalista)	konsultacja	98,61
7.21	konsultacja z lekarzem specjalistą (pacjent - lekarz specjalista)	konsultacja	159,78
7.22	porada edukacyjna	Porada	55,57
7.23	konsultacja dietetyczna	konsultacja	66,79
7.24	porada kompleksowa	Porada	227,48
8	Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej		
8.1	Bilans zdrowia osoby dorosłej w wieku 20-59	Świadczenie	341,25
8.2	Bilans zdrowia osoby dorosłej w wieku 60 plus	Świadczenie	366,45
8.3	Porada edukacyjna -Bilans zdrowia	Porada	55,57
8.4	Mocz badanie ogólne- Bilans zdrowia	Świadczenie	16,54
8.5	ASPAT -Bilans zdrowia	Świadczenie	12,60
8.6	ALAT - Bilans zdrowia	Świadczenie	12,60
8.7	GGTP - Bilans zdrowia	Świadczenie	13,65
8.8	PSA - Bilans zdrowia	Świadczenie	33,60
8.9	Przeciwciała anty – HCV - Bilans zdrowia	Świadczenie	46,20
8.10	Lipoproteina a- Bilans zdrowia	Świadczenie	56,70
8.11	Test na krew utajoną w kale metodą immunochemiczną (FIT -OC) - Bilans zdrowia	Świadczenie	60,90

Jak wynika z powyższej tabeli, świadczeniami, w trakcie których można realizować cele profilaktyczne poza specyficznymi badaniami diagnostycznymi są:

- 1) porada kompleksowa;
- 2) konsultacje specjalistyczne;
- 3) porady edukacyjne;
- 4) konsultacje dietetyczne;
- 5) porada edukacyjna – w ramach bilansu zdrowia.

Wnioski

Formuła opieki koordynowanej stwarza możliwości wykrycia i leczenia wybranych chorób. Dotychczas nie jest w szczególności ukierunkowana na profilaktykę pozostałych chorób, w tym chorób nowotworowych. Niemniej lekarz POZ może i powinien odgrywać kluczową rolę w edukacji pacjenta, budowaniu świadomości zagrożenia chorobami i potrzeby badań profilaktycznych. Od jakości wykształcenia lekarzy POZ, stawianych przed nimi zadań, ich zaangażowania i motywacji zależą uczestnictwo ich podopiecznych w programach badań profilaktycznych a tym samym możliwości i efekty dalszej terapii pacjentów.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Świadczenia gwarantowane określone zostały w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zgodnie z którym obejmują one:

- 1) porady specjalistyczne;
- 2) badania diagnostyczne;
- 3) procedury zabiegowe ambulatoryjne;
- 4) świadczenia w chemioterapii;
- 5) inne świadczenia ambulatoryjne;
- 6) świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych
- 7) porady pielęgniarskie;
- 8) porady położnej.

Świadczenie zostały określone odpowiednio w załącznikach.

W załączniku nr 3 określono ambulatoryjne procedury zabiegowe ambulatoryjnych, wśród których znajdują się:

- 85.112 Przeszkórna cienkoigłowa biopsja piersi – celowana
- 85.114 Przeszkórna gruboigłowa biopsja piersi – celowana
- 85.131 Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią pod kontrolą USG
- 85.132 Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią stereotaktyczną

W załączniku nr 5 określono „Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku innych świadczeń ambulatoryjnych oraz warunki ich realizacji.”.

Wśród tych świadczeń znajduje się „Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi lub raka jajnika.”.

Zgodnie z Załącznikiem Nr 5 rozporządzenia Do etapu "Poradnictwo i badania genetyczne" kwalifikuje się świadczeniobiorca, u którego na podstawie wywiadu rodzinnego oraz wstępnej oceny ryzyka podejrzewa się występowanie dziedzicznej predyspozycji do zachorowania na raka piersi lub raka jajnika.

Do etapu "Nadzór i badania diagnostyczne" kwalifikuje się świadczeniobiorca, u którego na podstawie:

- 1) szczegółowego wywiadu rodzinnego przeprowadzonego przez lekarza specjalistę w dziedzinie genetyki klinicznej lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie genetyki klinicznej podejrzewa się występowanie dziedzicznej predyspozycji do zachorowania na raka piersi lub raka jajnika lub
- 2) wyników badań genetycznych, realizowanych w ramach przedmiotowego świadczenia lub odrębnego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, stwierdzono nosicielstwo mutacji genów silnej predyspozycji do rozwoju raka piersi lub raka jajnika.

Wnioski

Świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dotyczą działań związanych z diagnostyką i leczeniem i nie dotyczą profilaktyki opartej na screeningu. Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi jest świadczeniem dedykowanym do ściśle określonej grupy docelowej.

Leczenie szpitalne

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U.2013.1096,z późn. zm.) określa wykaz oraz warunki realizacji świadczeń.

W myśl rozporządzenia świadczenia gwarantowane obejmują:

- 1) świadczenia scharakteryzowane:
 - a) procedurami medycznymi określonymi w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia,
 - b) rozpoznaniem określonymi w części II załącznika nr 1 do rozporządzenia,
 - c) rozpoznaniem 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.

Świadczenie zostały określone odpowiednio w załącznikach.

W Załączniku Nr 4 do rozporządzenia, w lp. 48, umieszczono świadczenia "Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem piersi"

Do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej kwalifikuje się świadczeniobiorcę z podejrzeniem, lub leczonego z powodu nowotworu złośliwego piersi w dniu kwalifikacji.

Świadczenie obejmuje realizację wybranych czynności w zależności od stanu klinicznego oraz preferencji świadczeniobiorcy:

W zakresie diagnostyki, leczenia i monitorowania choroby nowotworowej:

- 1) badania obrazowe:
 - a) 88.732 USG piersi,
 - b) 88.790 USG węzłów chłonnych,
 - c) 87.35 Mammografia z kontrastem lub
87.371 Mammografia jednej piersi, lub
87.372 Mammografia obu piersi,
 - d) 87.440 RTG klatki piersiowej,
 - e) 88.761 USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej,
 - f) 88.764 USG transwaginalne,
 - g) 88.779 USG innych obszarów układu naczyniowego - doppler,
 - h) 88.906 RM piersi,
 - i) 92.143 Scyntygrafia układu kostnego metodą SPECT albo SPECT CT lub
92.141 Scyntygrafia trójfazowa odcinka układu kostnego z zastosowaniem fosfonianów, lub 92.142 Scyntygrafia jednofazowa odcinka układu kostnego z zastosowaniem fosfonianów, lub 92.144 Scyntygrafia całego układu kostnego (metoda "whole body") z zastosowaniem fosfonianów, lub 92.149 Scyntygrafia układu kostnego - inne,

- j) 88.923 RM klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego lub 88.924 RM klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym, lub 87.410 TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego, lub 87.411 TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym, lub 87.412 TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym, lub 88.971 RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego, lub 88.976 RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym, lub 88.010 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego, lub 88.011 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym, lub 88.012 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym,
- k) 88.901 RM głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym lub 87.031 TK głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym,
- l) 92.162 Scyntygraficzna ocena położenia węzła wartowniczego,
- m) poradnictwo i dostęp do badań genetycznych,
- n) 88.981 Dwufotonowa absorbcjometria (densytometria z kości udowej lub kręgosłupa);
- 2) badania obrazowe radioizotopowe:
- 3) procedury zabiegowe:
 - a) 40.10 Biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych),
 - b) 40.11 Biopsja układu limfatycznego, c) 85.113 Przeskórna gruboigłowa biopsja piersi,
 - c) 85.114 Przeskórna gruboigłowa biopsja piersi - celowana,
 - d) 85.131 Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią pod kontrolą USG,
 - e) 85.132 Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią stereotaktyczną;
- 4) badania laboratoryjne i inne związane z diagnostyką choroby nowotworowej i kwalifikacją do leczenia (przedoperacyjnego i operacyjnego);
- 5) badania patomorfologiczne materiału cytologicznego i tkankowego;
- 6) konsultacje: 89.00 Porada lekarska, konsultacja, asysta.

Załącznik nr 3a określa warunki szczegółowe, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy realizujący świadczenia gwarantowane diagnostyki i leczenia onkologicznego poszczególnych grup nowotworów. W przypadku Centrum Kompetencji Raka Piersi wymagana jest realizacja programu profilaktyki raka piersi lub posiadanie umowy o współpracy z ośrodkiem realizującym ten program.

Wnioski

Od strony regulacyjnej świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego ukierunkowane są nie na screening ale pogłębioną diagnostykę i leczenie jakkolwiek spełnienie postulatów kompleksowości ośrodka kompetencji wymaga realizację w ośrodku programu profilaktyki raka piersi lub posiadanie umowy o współpracy z ośrodkiem realizującym ten program.

Programy zdrowotne

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych świadczeniami gwarantowanymi są :

- 1) Program profilaktyki chorób odtyniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)
- 2) Program profilaktyki raka szyjki macicy
- 3) Program profilaktyki raka piersi
- 4) Program badań prenatalnych
- 5) Ortodontyczna opieka nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki

- 6) Leczenie dzieci ze śpiączką (rozpoznanie zasadnicze ICD10: R40.2)
- 7) Leczenie dorosłych chorych ze śpiączką (rozpoznanie zasadnicze ICD10: R40.2)
- 8) Program badań przesiewowych raka jelita grubego

Program profilaktyki raka piersi – podzielony jest na 2 etapy

Etap podstawowy - mammografia skryningowa obu piersi (każdej piersi w dwóch projekcjach).

1. Badania wykonuje się co:
 - 1) 24 miesiące u kobiet w wieku od 45 do 74 lat ;
 - 2) 12 miesięcy u kobiet w wieku od 45 do 74 lat, które po 5 latach od leczenia chirurgicznego raka piersi pozostają w trakcie uzupełniającej hormonoterapii (HT);
 - 3) 12 miesięcy u kobiet w wieku od 45 do 74 lat, które zakończyły leczenie raka piersi i 5-letni proces monitorowania po zakończonym leczeniu.
2. Wyłączone z programu profilaktycznego kobiety zostały objęte innymi świadczeniami gwarantowanymi:
 - 1) "Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi lub raka jajnika" na etapie "Nadzór i badania diagnostyczne" realizowaną w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
 - 2) "Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi" realizowaną w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego lub rehabilitacji leczniczej.

Etap pogłębionej diagnostyki

- 1) porada lekarska, stanowiąca cykl następujących zdarzeń:
 - a) skierowanie na niezbędne badania w ramach realizacji programu,
 - b) ocenę wyników przeprowadzonych badań i postawienie rozpoznania;
- 2) wykonanie mammografii uzupełniającej lub
- 3) wykonanie USG piersi (decyzję o wykonaniu badania podejmuje lekarz, biorąc pod uwagę w szczególności: wynik mammografii, wynik badania palpacyjnego, strukturę gruczołu sutkowego, stosowanie hormonalnej terapii zastępczej, konieczność zróżnicowania między guzem litym a torbielą sutka);
- 4) (uchylony)
- 5) wykonanie biopsji gruboigłowej - biopsja gruboigłowa piersi przezskórna z pełną diagnostyką (badanie histopatologiczne) z użyciem technik obrazowych w przypadku nieprawidłowości stwierdzonych w badaniu mammograficznym lub USG;
- 5a) wykonanie oceny immunohistochemicznej receptora Er, PgR i HER 2 oraz Ki67 z materiału z biopsji gruboigłowej guza piersi w przypadku potwierdzenia w badaniu histopatologicznym komórek raka piersi;
- 6) podjęcie decyzji dotyczącej dalszego postępowania.

Wnioski

Realizowany od wielu lat program profilaktyki raka piersi został zaprojektowany i był modyfikowany w oparciu o doświadczenia, także innych krajów, w celu zwiększenia wykrywalności nowotworów piersi.

Program jest uzupełniany o inne świadczenia gwarantowane – „Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi” stwarzając szansę na wczesne wykrycie nowotworu.

Zasadniczym problemem jest niewykorzystywanie zaprojektowanej w systemie ścieżki diagnostycznej na etapie wczesnego wykrywania nowotworu przez zbyt niską zgłaszalność.

Analiza produktów rozliczeniowych NFZ

Finansowanie świadczeń w POZ

Warunki realizacji świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej określa obecnie Zarządzenie NR 47/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r., zmieniające zarządzenie Nr 22/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2025 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna

Od 1 lipca 2025 r. roczna stawka kapitałowa lekarza poz wynosi 226,08 zł, w przypadku posiadania certyfikatu akredytacyjnego 228,36. Stawka kapitałowa korygowana współczynnikiem:

- w przypadku osoby do 6. roku życia - 2,8;
- w przypadku osoby od 7. do 19. roku życia - 1,3;
- 1,0 - w przypadku osoby od 20. do 39. roku życia;
- 1,34 - w przypadku osoby od 40. do 65. roku życia;
- 2,7 - w przypadku osoby od 66. do 75. roku życia;
- 3,1 - w przypadku osoby powyżej 75. roku życia;
- 3,1 - w przypadku podopiecznego domu pomocy społecznej "DPS", lub placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej;

Jak wynika z powyższej tabeli, świadczeniami przeznaczonymi w szczególności dla grupy dziedzicznej Nefrologia są:

- 2) porada kompleksowa;
- 3) badania diagnostyczne:
 - 1) albuminuria,
 - 2) konsultacje specjalistyczne;
 - 3) porady edukacyjne;
 - 4) konsultacje dietetyczne.

Porada kompleksowa obejmuje:

- 1) wywiad;
- 2) badanie przedmiotowe;
- 3) analizę wyników badań i stosowanego leczenia;
- 4) zalecenie niezbędnych konsultacji specjalistycznych oraz badań diagnostycznych;

- 5) opracowanie „Indywidualnego Planu Opieki Medycznej” zawierającego zalecenia:
- wizyt kontrolnych,
 - porad edukacyjnych udzielanych przez pielęgniarki lub lekarzy,
 - badan kontrolnych,
 - konsultacji dietetycznych realizowanych przez dietetyka po ukończeniu szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskaniu tytułu zawodowego dietetyka lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie dietetyka lub ukończeniu technikum lub szkoły policealnej i uzyskaniu tytułu zawodowego technika technologii żywienia w specjalności dietetyka, lub tytułu zawodowego magistra lub licencjata na kierunku dietetyka, lub rozpoczęciu przed dniem 1 października 2007 r. studiów wyższych o specjalności dietetyka obejmujących co najmniej 1784 godzin kształcenia w zakresie dietetyki i uzyskaniu tytułu magistra, lub rozpoczęciu przed dniem 1 października 2007 r. studiów wyższych na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka o specjalności żywienie człowieka i uzyskaniu tytułu magistra lub magistra inżyniera na tym kierunku.

Świadczenia w zakresie POZ finansowane są kapitałową stawką roczną albo kwotą wyliczaną w oparciu o cenę jednostkową jednostki rozliczeniowej (porady, wizyty, świadczenia lub przewozu) – w związku z realizacją wskazanych w umowie świadczeń objętych finansowaniem „za wykonaną usługę”.

Tabela III. Fragment Załącznika Nr 1 do zarządzenia Nr 22/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2025 r.

L.p.	Nazwa świadczenia	Jednostka rozliczeniowa	Wartość w zł
1.1	Świadczenia lekarza poz	Stawka kapitałowa	226,08
1.1a	Świadczenia lekarza poz – w przypadku posiadania certyfikatu akredytacyjnego	Stawka kapitałowa	228,36
1.2	Świadczenie lekarza poz w profilaktyce CHUK	Porada	143,90
1.3	Świadczenie lekarza poz udzielane w stanach nagłych zachorowań ubezpieczonym spoza OW oraz z terenu OW ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów	Porada	98,12
1.4	Świadczenie lekarza poz udzielane osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2-4 oraz art. 54 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie przepisów art. 12 pkt 6 lub 9 ustawy oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	Porada	98,12
1.5	Świadczenie lekarza poz udzielane w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat)	Porada	98,12

1.6	Świadczenie lekarza poz w ramach kwalifikacji do realizacji transportu "dalekiego" w POZ	Porada	26,17
1.7	Świadczenie lekarza poz związane z wydaniem karty DiLO	Porada	65,40
1.8	Świadczenie lekarza poz związane z zapewnieniem dostępności do świadczeń na terenach o małej gęstości zaludnienia	Ryczałt miesięczny	6540,80
1.9	Świadczenie lekarza poz związane ze zgłaszalnością pacjentek zakwalifikowanych do realizacji świadczeń profilaktyki raka szyjki macicy	Ryczałt miesięczny	354,75
1.10	Świadczenie lekarza poz związane z wydaniem zaświadczenia osobie niezdolnej do samodzielnej egzystencji	Porada	98,12

W kompetencji lekarza POZ, w ramach stawki kapitałowej jest szereg badań diagnostycznych, które lekarz może (powinien) wykonać w procesie diagnostycznym problemów zdrowotnych. Jakkolwiek nie ma wśród tych badań specyficznych dla profilaktyki i wczesnej diagnostyki nowotworów to lekarz podstawowej opieki zdrowotnej może wystawiać skierowanie na badania:

- 1) endoskopowe (gastroskopia; kolonoskopia);
- 2) tomografii komputerowej płuc po stwierdzeniu nieprawidłowości w badaniu RTG klatki piersiowej;
- 3) tomografii komputerowej tętnic wieńcowych przy wskazaniu do diagnostyki w kierunku choroby niedokrwiennej serca.

Lekarze POZ są nagradzani za „czujność onkologiczną i działania w zakresie promocji badań profilaktycznych w kierunku nowotworów:

1. za podejrzenie lub rozpoznanie nowotworu nagradzani są możliwością rozliczenia porady - Świadczenie lekarza poz związane z wydaniem karty DiLO – wycenionej na 65,40 zł;
2. zgodnie z § 18. ust. 7 Zarządzenia do rozliczenia świadczeń związanych ze zgłaszalnością pacjentek zakwalifikowanych do realizacji świadczeń profilaktyki raka szyjki macicy stosuje się *Świadczenie lekarza poz związane ze zgłaszalnością pacjentek zakwalifikowanych do realizacji świadczeń profilaktyki raka szyjki macicy - ryczałt miesięczny - 354,75zł*). Podstawą rozliczenia jest zgłaszalność populacji zakwalifikowanej do programu zgodnie z liczbą osób znajdujących się na listach świadczeniobiorców i która wynosi co najmniej po zakończeniu każdego kwartału:
 - 1) w I kwartale - 15%,
 - 2) w II kwartale - 15%,
 - 3) w III kwartale – 30%,
 - 4) w IV kwartale – 45%

Ponad to, w ramach budżetu powierzonego diagnostycznego finansowane są:

Tabela IV. Fragment Załącznika Nr 1 do zarządzenia Nr 22/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2025 r. w zakresie Budżet Powierzony Diagnostyczny.

3.10	Świadczenie położnej poz – pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego	Wizyta	43,92 zł
3.20	Pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego testu molekularnego HPV HR w triage z cytologią na podłożu płynnym (LBC) w POZ	Wizyta	58,88 zł

Zgodnie z § 18. ust. 8 Zarządzenia Świadczeniodawcy realizującemu świadczenia w zakresie lekarza

POZ nalicza się kwartalnie współczynniki korygujące (mające na celu w szczególności polepszenie jakości i zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń) związane z poziomem zgłaszalności do programu profilaktyki raka piersi.

Do obliczenia wysokości wartości współczynników stosuje się wskaźnik zgłaszalności do programu liczony jako stosunek liczby świadczeniobiorców, którym wykonano świadczenie w ramach etapu podstawowego programu profilaktyki raka piersi na koniec danego kwartału, do populacji świadczeniobiorców kwalifikujących się do realizacji tego programu będących na listach świadczeniodawcy realizującego świadczenia lekarza poz według stanu na pierwszy dzień pierwszego kwartału.

Wskaźnik zgłaszalności do programu jest naliczany w ciągu roku narastająco. Pierwsze rozliczenie następuje w drugim miesiącu po upływie kwartału, w którym wskaźnik zgłaszalności do programu jest na poziomie co najmniej 35%.

Wartość premii stanowi iloczyn liczby świadczeniobiorców, którym wykonano w ocenianym okresie świadczenie oraz kwoty wskazanej w poniższej tabeli odpowiadającej wartości współczynników korygujących dla wskaźnika objęcia populacji.

Tabela V.

Lp.	Wskaźnik zgłaszalności do programu profilaktyki raka piersi - etap podstawowy	Wartość współczynników korygujących za osobę, u której wykonano etap podstawowy
1.	35% -40%	12,00 zł
2.	powyżej 40% - 45%	14,00 zł
3.	powyżej 45% - 50%	16,00 zł
4.	powyżej 50% - 55%	18,00 zł
5.	powyżej 55% - 60%	20,00 zł
6.	powyżej 60%	22,00 zł

Jak wykazano dalej, ze względu na wynikowy realny wskaźnik zgłaszalności do programu, świadczeniodawcy POZ w praktyce znajdują się na granicy I progu i nie osiągają poziomu umożliwiającego uzyskanie premii, czego dowodem są zerowe wartości umów w POZ w tej pozycji (na podstawie informatora o zawartych umowach NFZ).

Finansowanie świadczeń w AOS

Finansowanie świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej jest nieco bardziej złożone.

świadczenia specjalistyczne — obejmują ocenę stanu zdrowia świadczeniobiorcy lub ocenę przebiegu leczenia w oparciu o badanie podmiotowe i przedmiotowe oraz posiadane lub przedstawione wyniki badań dodatkowych oraz uwzględniające w uzasadnionych medycznie przypadkach:

- a) **realizację procedur medycznych: diagnostycznych** (w tym laboratoryjnych), terapeutycznych, rehabilitacyjnych, według aktualnej wersji klasyfikacji ICD-9, będących kontynuacją rozpoczętych wcześniej
- b) **pozyskiwanie w drodze skierowania niezbędnych, uzupełniających wyników badań dodatkowych,**
- c) wydanie orzeczenia lub zaświadczenia,
- d) **wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego,;**

W zależności od okoliczności w jakich pacjent trafił do lekarza specjalisty (na podstawie skierowania lekarza poz, z programu badań przesiewowych, lekarza udzielającego świadczeń w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, lekarza pogotowia, skierowania innego lekarza specjalisty, czy lekarza prowadzącego leczenie w szpitalu) po przeprowadzeniu badania podmiotowego i przedmiotowego lekarz specjalista ma możliwość prowadzenia diagnostyki w oparciu o porady i ewentualnie odrębnie finansowane świadczenia diagnostyki kosztochłonnej lub w przypadku lekarza onkologa, pulmonologa,

chirurga klatki piersiowej lub chirurga onkologa, posiadania przez pacjenta karty DiLO w oparciu o dedykowane pakiety diagnostyczne.

świadczenie specjalistyczne pierwszorazowe — świadczenie wykonywane u pacjenta pierwszorazowego (który w ciągu 730 dni poprzedzających udzielenie świadczenia nie korzystał ze świadczeń w danym zakresie), polegające na kompleksowej ocenie stanu zdrowia (wywiad lekarski, badanie fizykalne, pozyskiwanie w drodze skierowania niezbędnych wyników badań dodatkowych, ocenę dostępnych i zleconych wyników badań dodatkowych), obejmujące łącznie:

- a) podjęcie decyzji diagnostycznej – określenie jednostki chorobowej według klasyfikacji ICD-10 oraz podjęcie decyzji terapeutycznej, w tym określenie dalszego schematu opieki nad świadczeniobiorcą, oraz wskazanie dalszego trybu opieki w odniesieniu do podjętej decyzji **spośród następujących trybów:**
- dalsze leczenie przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ),
 - pozostawienie w opiece poradni specjalistycznej,
 - skierowanie do lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w innej dziedzinie medycyny,
 - skierowanie do szpitala - zakończenie leczenia specjalistycznego,
- b) przekazanie Informacji dla lekarza kierującego/POZ, zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 6 do zarządzenia,
- c) w uzasadnionych medycznie przypadkach wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego zgodnie z art. 32a ustawy o świadczeniach;

Do wykonania i finansowania diagnostyki lekarz specjalista ma porady zachowawcze i zabiegowe, określone w Załączniku 5a do Zarządzenia (Tabela VI). Charakterystyka grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych — zbiór parametrów służących do wyznaczenia ambulatoryjnej grupy świadczeń specjalistycznych, określona jest w załączniku nr 7 do zarządzenia. W zależności od realizowanych procedur, w przypadku nefrologii głównie diagnostyczny, wyznaczana jest grupa a tym samym wartość świadczenia, które może być sprawozdane i rozliczone z NFZ.

Tab. VI. Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych (Załącznik 1a do Zarządzenia Prezesa NFZ)

Ip.	Kod grupy	Kod produktu	Nazwa ambulatoryjnej grupy świadczeń specjalistycznych / pakietu świadczeń / dedykowanego pakietu świadczeń	Wartość punktowa
1.	2.	3.	4.	5.
1.	W01	5.30.00.0000001	W01 Świadczenie pohospitalizacyjne	48
2.	W02	5.30.00.0000002	W02 Świadczenie receptowe	11
3.	W11	5.30.00.0000011	W11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu	44
4.	W12	5.30.00.0000012	W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu	75
5.	W13	5.30.00.0000013	W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu	133

6.	W14	5.30.00.0000014	W14 Świadczenie specjalistyczne 4-go typu	172
7.	W15	5.30.00.0000015	W15 Świadczenie specjalistyczne 5-go typu	56
8.	W16	5.30.00.0000016	W16 Świadczenie specjalistyczne 6-go typu	66
9.	W17	5.30.00.0000017	W17 Świadczenie specjalistyczne 7-go typu	104
10.	W18	5.30.00.0000018	W18 Świadczenie specjalistyczne 8-go typu	219
11.	W19	5.30.00.0000019	W19 Świadczenie specjalistyczne 9-go typu	316
12.	W20	5.30.00.0000020	W20 Świadczenie specjalistyczne 10-go typu	460
13.	W32	5.30.00.0000032	W32 Świadczenie specjalistyczne 11-go typu	509
14.	W40	5.30.00.0000040	W40 Świadczenie pierwszorazowe 1-go typu	68
15.	W41	5.30.00.0000041	W41 Świadczenie pierwszorazowe 2-go typu	100
16.	W42	5.30.00.0000042	W42 Świadczenie pierwszorazowe 3-go typu	157
17.	W43	5.30.00.0000043	W43 Świadczenie pierwszorazowe 4-go typu	195
18.	W44	5.30.00.0000044	W44 Świadczenie pierwszorazowe 5-go typu	80
19.	W45	5.30.00.0000045	W45 Świadczenie pierwszorazowe 6-go typu	89
20.	W46	5.30.00.0000046	W46 Świadczenie pierwszorazowe 7-go typu	129
21.	W47	5.30.00.0000047	W47 Świadczenie pierwszorazowe 8-go typu	244
22.	W48	5.30.00.0000048	W48 Świadczenie pierwszorazowe 9-go typu	340
23.	W49	5.30.00.0000049	W49 Świadczenie pierwszorazowe 10-go typu	484
24.	W50	5.30.00.0000050	W50 Świadczenie pierwszorazowe 11-go typu	532
25.	W31	5.30.00.0000031	W31 Porada udzielana w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	82
26.	W61	5.30.00.0000061	W61 Świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne 1-go typu	48
27.	W62	5.30.00.0000062	W62 Świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne 2-go typu	75
28.	W63	5.30.00.0000063	W63 Świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne 3-go typu	133
29.	W64	5.30.00.0000064	W64 Świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne 4-go typu	172
30.	W65	5.30.00.0000065	W65 Świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne 5-go typu	56
31.	W67	5.30.00.0000067	W67 Świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne 7-go typu	104

W procesie diagnostycznym lekarz specjalista może też zlecać badania tzw. ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne (ASDK), które są finansowane niezależnie przez NFZ.

Finansowanie świadczeń odrębnie kontraktowanych

Świadczenia odrębnie kontraktowane obejmują różnego rodzaju świadczenia wykonywane w:

- warunkach domowych
- trybie ambulatoryjnym
- w trybie hospitalizacji

Świadczenia te obejmują zarówno pojedyncze świadczenia jak i ich agregaty (opiekę kompleksową, czy leczenie kompleksowe):

- 1) dializoterapia otrzewnowa;
- 2) hemodializoterapia;
- 3) hemodializoterapia - z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru;
- 4) terapia hiperbaryczna;
- 5) tlenoterapia domowa;
- 6) żywienie pozajelitowe w warunkach domowych;
- 7) żywienie dojelitowe w warunkach domowych;
- 8) badania zgodności tkankowej;
- 9) badania genetyczne;
- 10) badania izotopowe;
- 11) terapia izotopowa
- 12) zaopatrzenie protetyczne;
- 13) pozytonowa tomografia emisyjna;
- 14) leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dzieci;
- 15) leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dorosłych;
- 16) kompleksowe leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej;
- 17) leczenie spastyczności opornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej;

- 18) teleradioterapia protonowa;
- 19) domowa antybiotykoterapia dożylna;
- 20) kompleksowe leczenie ran przewlekłych (KLRP-1);
- 21) telekonsylium kardiologiczne;
- 22) telekonsylium geriatryczne;
- 23) koordynowana opieka nad kobietą w ciąży - KOC I (KOC II);
- 24) kompleksowe leczenie ran przewlekłych 2 (KLRP-2)6) ;
- 25) opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi lub raka jajnika;**
- 26) opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego lub raka błony śluzowej trzonu macicy;
- 27) opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na siatkówczaka lub chorobę von Hippel-Lindau (VHL).
- 28) nadzór telemetryczny nad pacjentami z implantowanymi urządzeniami wszczepialnymi.

Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi lub raka jajnika, kontraktowana jest odrębnie. Produkty rozliczeniowe (aktualnie 47 produktów rozliczeniowych i sprawozdawczych), jednostki rozliczeniowe, taryfa ustalona przez AOTMiT, wartość punktowa produktów rozliczeniowych zostały określone w Załączniku Nr 1b do zarządzenia Nr 68/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 lipca 2025 r. Katalog zakresów świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.

Tabela VII. Fragment Załącznika Nr 1b do zarządzenia Nr 68/2025/DSOZ Prezesa NFZ w zakresie.

Załącznik Nr 1b do zarządzenia Nr 167/2019/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 29 listopada 2019 r.

Katalog zakresów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie - Kompleksowa opieka nad rodzinami z wysokim, dziedzicznie uwarunkowanym ryzykiem zachorowania na nowotwory²⁹⁾

Lp.	kod zakresu	nazwa zakresu	kod produktu	nazwa produktu	jednostka rozliczeniowa	Wartość punktowa produktu rozliczeniowego	świadczenie wykonywane w trybie ambulatoryjnym	uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	11.1212.010.02	Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi lub raka jajnika	5.10.00.0000188	Świadczenie pierwszorazowe 1-go typu	punkt	108	x	rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000040 określona w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, zwanym dalej "zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna", oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
2			5.10.00.0000170	Wizyta kontrolna u osób z mutacją w genach BRCA1, BRCA2 lub PALB2	punkt	70	x	- rozliczana nie częściej niż raz na 6 miesięcy oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
3			5.10.00.0000171	Wizyta kontrolna - pozostałe osoby	punkt	70	x	rozliczana nie częściej niż raz na 12 miesięcy u osób z mutacjami innymi niż w genach BRCA1, BRCA2 lub PALB2 oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
4			5.10.00.0000205	Świadczenie specjalistyczne 1-go typu	punkt	70	x	rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000011 określona w zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
5			5.10.00.0000189	Świadczenie specjalistyczne 2-go typu	punkt	119	x	- rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000012 określona w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia, - możliwość umówienia świadczenia ze świadczeniem 5.10.00.0000170 lub 5.10.00.0000171
6			5.10.00.0000190	Świadczenie specjalistyczne 3-go typu	punkt	211	x	- rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000013 określona w zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia, - możliwość umówienia świadczenia ze świadczeniem 5.10.00.0000170 lub 5.10.00.0000171
7			5.10.00.0000191	Świadczenie specjalistyczne 4-go typu	punkt	273	x	- rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000014 określona w zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia

Finansowanie świadczeń w programach profilaktycznych

Finansowanie świadczeń w programie profilaktyki raka piersi odbywa się zgodnie z warunkami określonymi w Zarządzeniu NR 111/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 września 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne.

Ww. Zarządzenie i umowa określają sposób realizacji umowy.

W przypadku programu profilaktyki raka piersi – etap podstawowy w trybie mobilnym istotnym elementem jest wstępna ocena zabezpieczenia świadczeń dokonywana przez oddział Funduszu, a w przypadku niepełnego zabezpieczenia świadczeń, możliwość wskazania przez Fundusz propozycji zmiany miejsc pobytów mammobusów. Ustalone w wyniku porozumienia pomiędzy oddziałem Funduszu, a świadczeniodawcą zmiany, świadczeniodawca wprowadza do SIMP harmonogram.

Załącznik Nr 4 do Zarządzenia Prezesa w bardzo ogólny sposób określa tryb zapraszania do programu: „Do udziału w programie nie jest wymagane skierowanie. Akcję informacyjną o programie prowadzą świadczeniodawcy realizujący program.”, zostawiając sposób informowania świadczeniobiorców inicjatywie świadczeniodawcy.

Podstawową formą jest zaproszenie w formie listu.

Działania w sferze mediów publicznych prowadzi NFZ, zarówno Centrala jak i oddziały wojewódzkie.

Listę świadczeń realizowanych w ramach programu z ich wyceną punktową przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela VIII. Fragment Załącznika Nr 1 do zarządzenia Nr 111/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 września 2022 r., z późn. zm. – Katalog zakresów i świadczeń, w części dotyczącej programu profilaktyki raka piersi.

L.p.	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	Kod świadczenia	Nazwa świadczenia	Waga punktowa świadczenia
4	10.7940.158.02	PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI - ETAP PODSTAWOWY - w pracowni stacjonarnej	5.12.00.0000066	PORADA NA ETAPIE PODSTAWOWYM PROGRAMU PROFILAKTYKI RAKA PIERSI – w pracowni stacjonarnej	9,45
5	10.7940.159.02	PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI - ETAP PODSTAWOWY - w pracowni mobilnej	5.12.00.0000067	PORADA NA ETAPIE PODSTAWOWYM PROGRAMU PROFILAKTYKI RAKA PIERSI – w pracowni mobilnej	9,45
6	10.0000.157.02	PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI - ETAP POGLĘBIONEJ DIAGNOSTYKI	5.12.00.0000054	PORADA NA ETAPIE POGLĘBIONEJ DIAGNOSTYKI PROGRAMU PROFILAKTYKI RAKA PIERSI	2,10
			5.12.00.0000055	MAMMOGRAFIA UZUPEŁNIAJĄCA	7,35
			5.12.00.0000056	USG PIERSI	5,25
			5.12.00.0000062	BIOPSJA GRUBOIGŁOWA PIERSI PRZEZSKÓRNA Z PEŁNĄ DIAGNOSTYKĄ (BADANIE HIST.-PAT.) Z UŻYCIEM TECHNIK OBRAZOWYCH	31,50
			5.12.00.0000074	OCENA IMMUNOHISTOCHEMICZNA RECEPTORA ER, PGR I HER 2 ORAZ KI67 Z MATERIAŁU Z BIOPSJI GRUBOIGŁOWEJ GUZA PIERSI W PRZYPADKU POTWIERDZENIA W BADANIU HISTOPATOLOGICZNYM KOMÓREK RAKA PIERSI	40,00

W przypadku umów na etap podstawowy w pracowni stacjonarnej wycena punktu oscyluje w granicach 15,00zł – 15,13 zł za punkt, a w pracowni mobilnej 15,08zł – 15,18zł za punkt.

Zatem przy obecnych wycenach koszt badania mammograficznego 1 pacjentki oscyluje w granicach 141,75 zł – 143,45 zł.

Planowane wartości i koszty finansowania świadczeń profilaktycznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w latach 2022-2026 przedstawiono w tabeli poniżej. Plany na lata 2025 i 2026 pochodzą z aktualnych (niezatwierdzonych) planów finansowych Funduszu.

Tabela IX Planowane koszty finansowania świadczeń w profilaktycznych programach zdrowotnych w latach 2022- 2026 i ich wykonanie w latach 2022-2025 (w tys. zł).

Oddział Wojewódzki NFZ	Plan finansowy NFZ na 2022	Koszty realizacji świadczeń 2022	Plan finansowy NFZ na 2023	Koszty realizacji świadczeń 2023	Plan finansowy NFZ na 2024	Koszty realizacji świadczeń 2024	Plan finansowy NFZ na 2025	Plan finansowy NFZ na 2025 akt	Plan finansowy NFZ na 2026
Dolnośląski	23 792,00	15 507,08	28 086,00	26 289,10	40 640,00	40 631,69			
Kujawsko-Pomorski	13 649,00	10 728,78	19 104,00	18 697,10	27 033,00	24 566,42			
Lubelski	10 980,00	9 629,76	16 756,00	16 648,74	24 226,00	23 002,73			
Lubuski	8 181,00	6 890,84	12 218,00	9 952,43	12 154,00	12 037,22			
Łódzki	15 871,00	12 825,19	24 907,00	21 313,04	34 088,00	33 140,83			
Małopolski	20 789,00	19 334,25	33 037,00	32 572,81	45 915,00	44 371,92			
Mazowiecki	35 202,00	24 254,72	61 730,00	45 426,59	70 455,00	70 025,45			
Opolski	5 645,00	5 098,69	10 627,00	10 287,52	14 877,00	14 774,90			
Podkarpacki	10 061,00	9 466,84	18 279,00	18 251,77	26 177,00	25 979,94			
Podlaski	5 827,00	5 580,80	10 444,00	10 227,01	19 134,00	19 131,15			
Pomorski	12 232,00	11 155,94	17 955,00	17 951,37	28 092,00	27 874,34			
Śląski	41 395,00	32 926,43	65 619,00	61 674,45	79 195,00	77 018,74			
Świętokrzyski	8 562,00	6 207,08	11 868,00	10 261,68	14 586,00	13 546,22			
Warmińsko-Mazurski	8 105,00	6 655,73	9 551,00	9 479,08	12 521,00	12 445,56			
Wielkopolski	25 558,00	19 108,73	36 499,00	32 397,77	46 381,00	41 842,61			
Zachodniopomorski	11 108,00	8 482,96	14 939,00	12 788,50	22 479,00	19 818,68			
Razem:	256 957,00	203 853,82	391 619,00	354 218,96	517 953,00	500 208,40	510 648,00	598 499,00	631 653,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, sprawozdanie z działalności NFZ za 2024r., planów finansowych NFZ na 2025 i 2026r.

Jak uwidoczniło w tabeli powyżej między rokiem 2022 a 2025 odnotowano wyraźny wzrost nakładów na profilaktykę. Nie mniej wydatki te są dalej są daleko niewystarczające by profilaktyka mogła odgrywać istotną rolę w modelowaniu opieki zdrowotnej w Polsce. Nakłady rzędu 0,25% (w roku 2025) pozostają w dysproporcji zarówno z innymi zakresami świadczeń finansowanych ze środków publicznych, jaki pozostają w znaczących dysproporcji z wydatkami ponoszonymi na profilaktykę w innych krajach (gdzie w wiodących krajach sięgają 7%).

Liczbę osób objętych programami profilaktycznymi, liczę wykonanych badań i liczbę świadczeniodawców realizujących poszczególne programy przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela X. Liczba osób objętych programem, liczba świadczeniodawców, liczba wykonanych świadczeń w profilaktycznych w programach zdrowotnych w 2024 r.

Lp	Nazwa i etap programu zdrowotnego	Liczba osób objętych programem	Liczba świadczeniodawców realizujących program	Liczba wykonanych świadczeń w poszczególnych zakresach
1	Pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego - zakres skojarzony z 02.1450.001.02	362 711	1 344	367 185
2	Świadczenia położnej POZ w programie profilaktyki raka szyjki macicy	16 287	162	16 425
3	Program profilaktyki raka szyjki macicy - etap diagnostyczny	373 925	77	378 351
4	Program profilaktyki raka szyjki macicy - etap pogłębionej diagnostyki	1 226	54	1 227
5	Program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy - w pracowni stacjonarnej	689 841	276	709 732
6	Program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy - w pracowni mobilnej	717 391	78	735 478
7	Program profilaktyki raka piersi - etap pogłębionej diagnostyki	51 212	144	133 923
8	Program badań przesiewowych raka jelita grubego	86 424	232	86 424
9	Program badań prenatalnych	160 230	163	296 287
10	Program badań prenatalnych - część genetyczna	2 738	3	11 967
11	Program badań prenatalnych - część położniczo-ginekologiczna	1 973	7	6 987
12	Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym pochp) - etap podstawowy	2 755	37	2 768
13	Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym pochp) - etap specjalistyczny	174 492	11	318 631

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Z powyższej tabeli wynika, że program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy - w pracowni stacjonarnej i mobilnej są programami o największej liczbie osób objętej programem i liczbie wykonanych świadczeń, wynika to z charakteru programu, zakładającego badanie co 2 lata i liczebności populacji docelowej.

Tabela XI. Liczba pacjentów i liczba wykonanych świadczeń w profilaktycznych programach zdrowotnych w 2024 r. – świadczenia gwarantowane w 2024 roku (rozliczone).

Lp	Nazwa i etap programu zdrowotnego	Liczba osób objętych programem	Liczba świadczeniodawców realizujących program	Liczba wykonanych świadczeń w poszczególnych zakresach
1	Program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy - w pracowni stacjonarnej	689 841	276	709 732
2	Program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy - w pracowni mobilnej	717 391	78	735 478
3	Program profilaktyki raka piersi - etap pogłębionej diagnostyki	51 212	144	133 923

Biorąc pod uwagę wycenę punktową badania mammograficznego w profilaktyce, cenę punktu i ilość wykonanych badań koszt realizacji programu w etapie podstawowym można oszacować na około 200 mln zł.

Stan prawny badań profilaktycznych pracowników

Zgodnie z Kodeksem Pracy (Art. 211) do podstawowych obowiązków pracownika w zakresie BHP należy poddawanie się wstępnym, okresowym i kontrolnym oraz innym zaleconym badaniom lekarskim i stosowanie się do wskazań lekarskich.

Oczywiście podstawowym celem tych badań jest wykrywanie i zapobieganie ryzykom związanym z pracą i środowiskiem ale przepis ten w części mówiącej o innych zaleconych badaniach i stosowaniu się do wskazań lekarskich ma znacznie szerszą konotację.

Należy zaznaczyć, że ustawodawca, nakładając obowiązek na pracownika (*§ 2. Pracownik podlega okresowym badaniom lekarskim*) zadbał o stworzenie okoliczności umożliwiające jego realizację.

1. Zgodnie z § 3.:
 - okresowe i kontrolne badania lekarskie przeprowadza się w miarę możliwości w godzinach pracy,
 - za czas niewykonywania pracy w związku z przeprowadzanymi badaniami pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia,
 - w razie przejazdu na te badania do innej miejscowości pracownikowi przysługują należności na pokrycie kosztów przejazdu według zasad obowiązujących przy podróżach służbowych;
2. Zgodnie z § 4a. wstępne, okresowe i kontrolne badania lekarskie przeprowadza się na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę,
3. Zgodnie z § 6. Badania te, są przeprowadzane na koszt pracodawcy.

Zmiany dokonane w Kodeksie Pracy w 2023 r. (§ 6¹) rozciągnęły ułatwienia dla pracownika realizującego obowiązkowe badania na osoby spełniające warunki objęcia programem zdrowotnym lub programem polityki zdrowotnej. W przypadku wyrażenia zgody przez pracownika lekarz przeprowadzający badanie okresowe kieruje pracownika np. na badanie profilaktyczne objęte programem polityki zdrowotnej a pacjent (zgodnie z § 6⁵):

- może to badanie wykonać w godzinach pracy,
- za czas niewykonywania pracy w związku z badaniem zachowuje prawo do wynagrodzenia,
- w razie przejazdu na te badania do innej miejscowości pracownikowi przysługują należności na pokrycie kosztów przejazdu według zasad obowiązujących przy podróżach służbowych;

Badania te są finansowane na zasadach określonych w programie zdrowotnym lub programie polityki zdrowotnej i nie obciążają pracodawcy.

§ 6². Jeżeli zakres badań określonych w programie zdrowotnym lub programie polityki zdrowotnej nie odpowiada pełnemu zakresowi badań wymaganych w celu wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku w warunkach pracy opisanych w skierowaniu, o którym mowa w § 4a, określonych w przepisach wydanych na podstawie § 8, lekarz

przeprowadzający wstępne, okresowe albo kontrolne badania lekarskie wydaje pracownikowi również skierowanie na przeprowadzenie pozostałych badań wynikających z tych przepisów.

§ 6³. Lekarz wydaje orzeczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do pracy w warunkach pracy opisanych w skierowaniu, o którym mowa w § 4a, wyłącznie na podstawie wyników badań, których zakres odpowiada zakresowi badań określonych w przepisach wydanych na podstawie § 8.

§ 6⁴. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza, w drodze obwieszczenia, wykaz programów zdrowotnych lub programów polityki zdrowotnej realizowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia lub Narodowy Fundusz Zdrowia, które uwzględnia lekarz w ramach przeprowadzania badania wstępnego, badania okresowego albo badania kontrolnego pracownika.

§ 6⁵. Do przeprowadzania badań w zakresie wskazanym w programie zdrowotnym lub programie polityki zdrowotnej stosuje się § 3."

§ 8. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw pracy określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) tryb i zakres badań lekarskich, o których mowa w § 1, 2 i 5, oraz częstotliwość badań okresowych, a także sposób dokumentowania i kontroli badań lekarskich,
- 2) tryb wydawania i przechowywania orzeczeń lekarskich do celów przewidzianych w niniejszej ustawie i w przepisach wydanych na jej podstawie,
- 3) zakres informacji objętych skierowaniem na badania lekarskie i orzeczeniem lekarskim, a także wzory tych dokumentów,
- 4) zakres profilaktycznej opieki zdrowotnej, o której mowa w § 6 zdanie drugie,
- 5) dodatkowe wymagania kwalifikacyjne, jakie powinni spełniać lekarze przeprowadzający badania, o których mowa w § 1, 2 i 5, oraz sprawujący profilaktyczną opiekę zdrowotną, o której mowa w § 6 zdanie drugie

- uwzględniając konieczność zapewnienia prawidłowego przebiegu i kompleksowości badań lekarskich, o których mowa w § 1, 2 i 5, profilaktycznej opieki zdrowotnej, o której mowa w § 6 zdanie drugie, a także informacji umożliwiających porównanie warunków pracy u pracodawcy oraz ochrony danych osobowych osób poddanych badaniom.

229 § 4. Pracodawca nie może dopuścić do pracy pracownika bez aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku w warunkach pracy opisanych w skierowaniu na badania lekarskie.

Nie dotyczy to jednakże badań profilaktycznych z programów polityki zdrowotnej

Dyspozycja § 6¹. - w przypadku gdy pracownik skierowany na wstępne, okresowe albo kontrolne badania lekarskie spełnia warunki objęcia programem zdrowotnym lub programem polityki zdrowotnej, lekarz przeprowadzający wstępne, okresowe albo kontrolne badania lekarskie kieruje pracownika, za jego zgodą, do udziału w programie zdrowotnym lub programie polityki zdrowotnej jest dyspozycją kategorię – lekarz medycyny pracy ma obowiązek skierować na badanie, chyba że nie uzyska zgody pacjenta.

Ocena zewnętrzna działań profilaktycznych

Raport NIK

W 2017 r. opublikowany został raport Najwyższej Izby Kontroli p.t.: „Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia”. Kontrola była podjęta z inicjatywy własnej NIK.

W raporcie pojawiła się teza, że pozytywny efekt realizacji programów przesiewowych osiągnąć jest przy objęciu co najmniej 70% osób z grup ryzyka.

„W ocenie NIK, niska zgłaszalność na badania przesiewowe w ramach programów profilaktycznych, była jedną z ważniejszych przyczyn braku poprawy wskaźników umieralności z powodu nowotworów jelita grubego, szyjki macicy oraz piersi, a także wskaźnika pięcioletnich przeżyć, tak aby odpowiadały one średniemu poziomowi osiąganemu w krajach Unii Europejskiej. Było to głównym celem „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych” na lata 2006–2015.”.

PO 8 latach jesteśmy jako system w tym samym punkcie.

NIK zarzucał Ministrowi Zdrowia brak wykonania kompleksowych analiz oraz brak działań zmierzających do zwiększenia zgłaszalności na badania profilaktyczne mimo, że w dokumentach strategicznych wskazano, że zmiany w programach powinny prowadzić do zwiększenia zgłaszalności na badania. Działania Ministra Zdrowia polegające na zobowiązaniu realizatorów programów do podejmowania działań zmierzających do zwiększenia zgłaszalności pacjentek NIK uznała za niewystarczające.

Analiza danych o świadczeniach rozliczonych z NFZ w okresie 2022-2024

Analizę oparto na danych Narodowego Funduszu Zdrowia o udzielonych świadczeniach oraz planach finansowych NFZ.

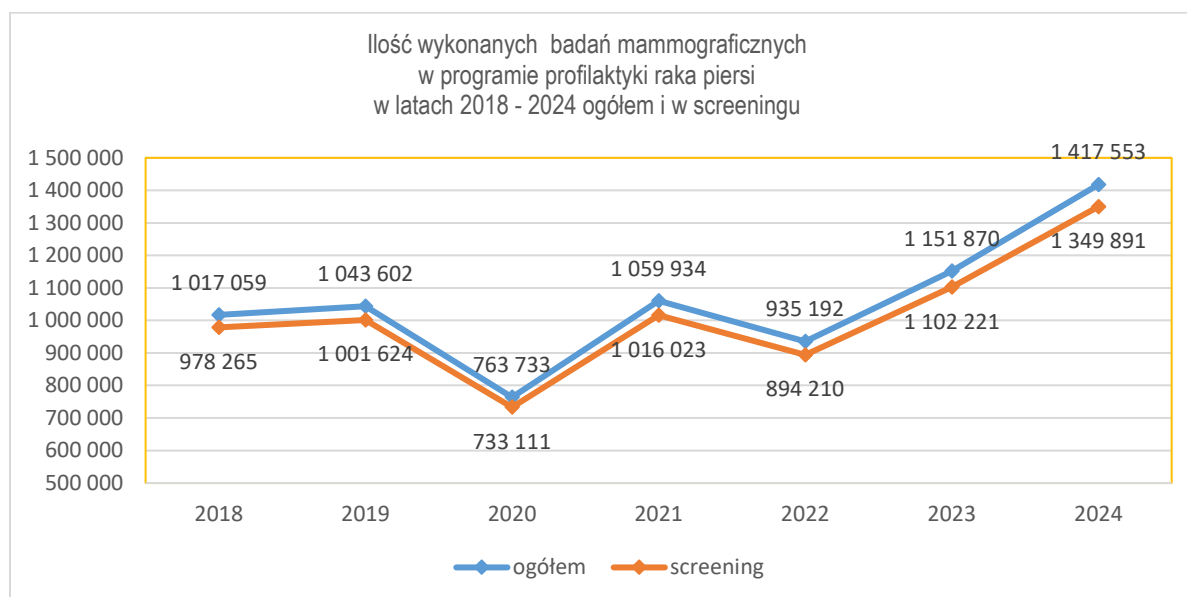
Tabela XII. Całkowita liczba badań mammograficznych w programie, liczba badań zgodnie z ustalonym interwałem (screening - etap podstawowy), liczba badań w ramach dalszej diagnostyki i dalsze konsultacje onkologiczne w 2024 roku, wg województw.

OW NFZ	Całkowita liczba badań	Liczba badań w podziale na zalecenia		
		Badanie zgodnie z ustalonym interwałem	Dalsza diagnostyka	Dalsza diagnostyka i konsultacja onkologiczna
Dolnośląskie	125 863	119 222	6 116	525
Kujawsko-pomorskie	75 021	71 391	3 211	419
Lubelskie	77 896	73 839	3 693	364
Lubuskie	44 358	42 846	1 372	140
Łódzkie	100 455	95 166	3 888	1 401
Małopolskie	101 690	94 880	6 375	435
Mazowieckie	191 204	182 696	7 675	833
Opolskie	30 065	28 616	1 321	128
Podkarpackie	66 065	61 514	4 356	195
Podlaskie	46 745	44 651	1 902	192
Pomorskie	96 322	92 731	3 231	360
Śląskie	166 171	159 075	6 711	385
Świętokrzyskie	35 642	34 213	1 214	215
Warmińsko-mazurskie	50 416	48 395	1 906	115
Wielkopolskie	141 913	135 468	5 836	609
Zachodniopomorskie	67 727	65 188	2 418	121
RAZEM	1 417 553	1 349 891	61 225	6 437

Ponieważ istotą screeningu jest etap podstawowy – a dalsze etapy są konsekwencją wyników z etapu podstawowego, w dalszej części analizy skoncentrowano się na badaniach wykonywanych w pierwszym etapie odnosząc ich ilość do populacji kobiet kwalifikujących się do programu. Ponieważ formuła programu zmieniała się w tym zakresie (w 2023 roku zmieniono kryteria kwalifikacji do programu, powiększając je o grupy kobiet w wieku 45-49 lat i 70-74lat) dla jednolitego sposobu prezentacji danych przyjęto obecnie funkcjonujące kryteria wiekowe kwalifikacji do programu.

Wykres 1. Ilość wykonanych badań mammograficznych w programie profilaktyki raka piersi

w latach 2018 - 2024 ogółem i w screeningu



Relacja badań w etapie podstawowym do badań ogółem w programie oscyluje od 93,30% do 96,59%, średnio wynosząc 95,27% w skali kraju.

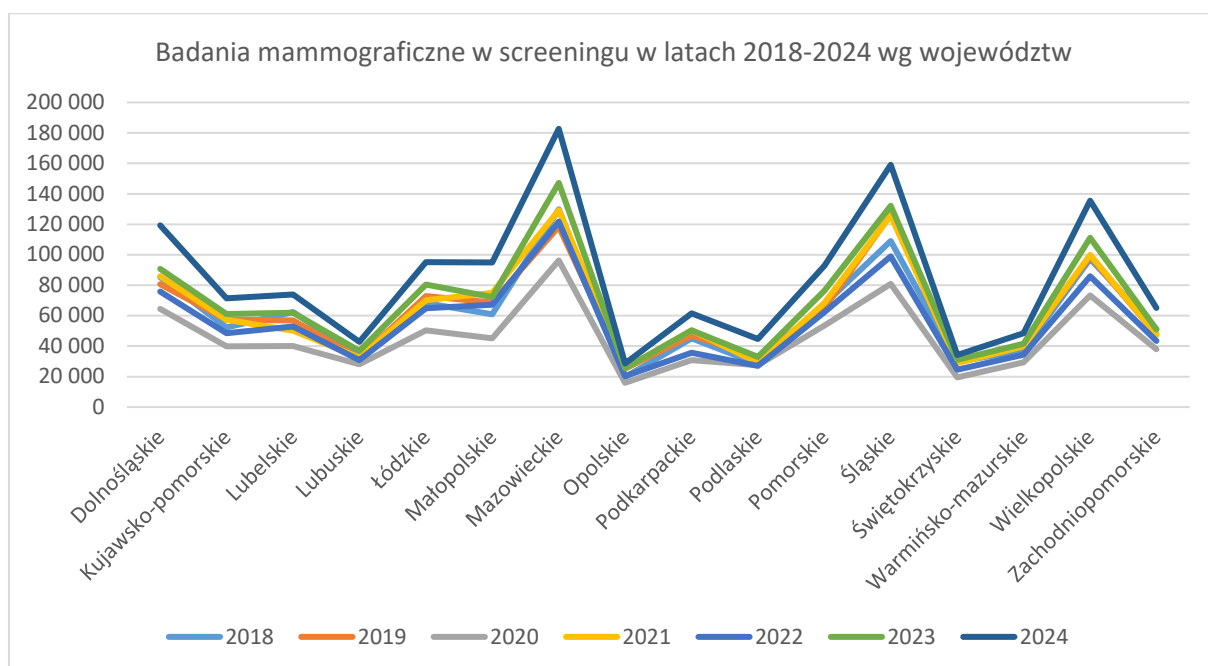
W tabeli poniżej przedstawiono liczbę badań mammograficznych wykonanych w etapie podstawowym w latach 2018-2024 wg województw. Należy pamiętać, że formuła programu była rozszerzona o dwie grupy wiekowe od 1 stycznia 2023.

Tabela XIII. Liczba badań mammograficznych - etap podstawowy - wykonanych w latach 2018-2024 wg województw.

OW NFZ	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Dolnośląskie	85 321	80 729	64 483	85 941	75 820	90 761	119 222
Kujawsko-pomorskie	52 287	57 411	39 800	57 260	48 453	61 044	71 391
Lubelskie	62 451	56 895	40 174	50 163	52 815	61 927	73 839
Lubuskie	33 888	32 344	28 168	32 412	30 867	36 893	42 846
Łódzkie	68 229	72 925	50 352	70 159	64 870	80 496	95 166
Małopolskie	60 805	68 703	45 217	74 861	67 154	72 158	94 880
Mazowieckie	129 841	118 405	96 237	129 223	121 737	147 186	182 696
Opolskie	19 674	25 169	15 938	25 404	20 300	25 421	28 616
Podkarpackie	45 099	47 013	30 742	50 464	35 589	50 271	61 514
Podlaskie	28 363	32 947	27 503	29 159	27 068	32 868	44 651
Pomorskie	67 669	65 156	53 458	68 449	62 357	76 454	92 731
Śląskie	108 988	126 352	80 839	125 886	98 941	132 105	159 075
Świętokrzyskie	29 627	30 427	19 524	28 950	24 550	30 980	34 213
Warmińsko-mazurskie	37 581	40 476	29 400	39 958	34 335	41 487	48 395
Wielkopolskie	97 158	98 978	73 227	100 002	85 829	111 202	135 468
Zachodniopomorskie	51 284	47 694	38 049	47 732	43 525	50 968	65 188
RAZEM	978 265	1 001 624	733 111	1 016 023	894 210	1 102 221	1 349 891

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wykres 2. Liczba badań mammograficznych - etap podstawowy - wykonanych w latach 2018-2024 wg województw



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W ilości wykonywanych badań mammograficznych szczególną uwagę zwraca podobny przebieg wykresów w poszczególnych województwach odzwierciedlający spadek wykonywanych badań w okresie pandemii poniżej wartości w latach 2018-2019, zwiększenie ilości badań po poszerzeniu populacji docelowej i wzrost w latach 2023 i 2024.

Na kształt wykresu powyżej w istotny sposób wpływa liczebność populacji kobiet w danych województwach zatem parametrem obrazującym zaangażowanie w realizację programu i jego skuteczność obrazuje odsetek osób zbadanych w programie do populacji osób kwalifikujących się do programu.

Do obliczenia odsetka przyjęto, że liczba badań w etapie podstawowym równa jest liczbie osób zbadanych w programie (tym samym nie zostały uwzględnione badania, które wymagały powtórzenia) a liczbę osób przebadanych w poszczególnych latach odniesiono do osób kwalifikujących się do programu (populacji kobiet w grupach wiekowych) w roku 2024. Zatem odsetki obrazujące udział w programie za rok 2024 są danymi rzeczywistymi, dla innych lat mają charakter poglądowy.

Tabela XIV. Udział kobiet z poszczególnych grup wiekowych w badaniach mammograficznych - etap podstawowy wg województw w 2024 r.

udział badanych w grupach wiekowych	45-49	50-59	60-69	70-74
Dolnośląskie	22,71%	18,18%	19,97%	26,41%
Kujawsko-pomorskie	20,02%	16,29%	17,85%	19,75%
Lubelskie	20,54%	16,71%	19,14%	19,94%
Lubuskie	15,46%	17,84%	23,80%	31,67%
Łódzkie	18,87%	17,24%	20,00%	24,05%
Małopolskie	16,27%	13,84%	15,37%	18,33%
Mazowieckie	18,08%	15,49%	17,81%	20,71%
Opolskie	14,61%	12,66%	15,30%	19,27%
Podkarpackie	13,57%	14,17%	17,11%	21,21%
Podlaskie	22,02%	17,85%	19,68%	24,04%
Pomorskie	23,87%	17,75%	20,68%	25,16%
Śląskie	20,27%	15,92%	17,03%	20,92%
Świętokrzyskie	13,12%	12,16%	15,28%	17,58%

Warmińsko-mazurskie	16,81%	15,14%	18,97%	21,43%
Wielkopolskie	17,49%	18,37%	21,53%	27,51%
Zachodniopomorskie	18,68%	16,28%	19,91%	24,93%
Polska	18,67%	16,11%	18,57%	22,53%

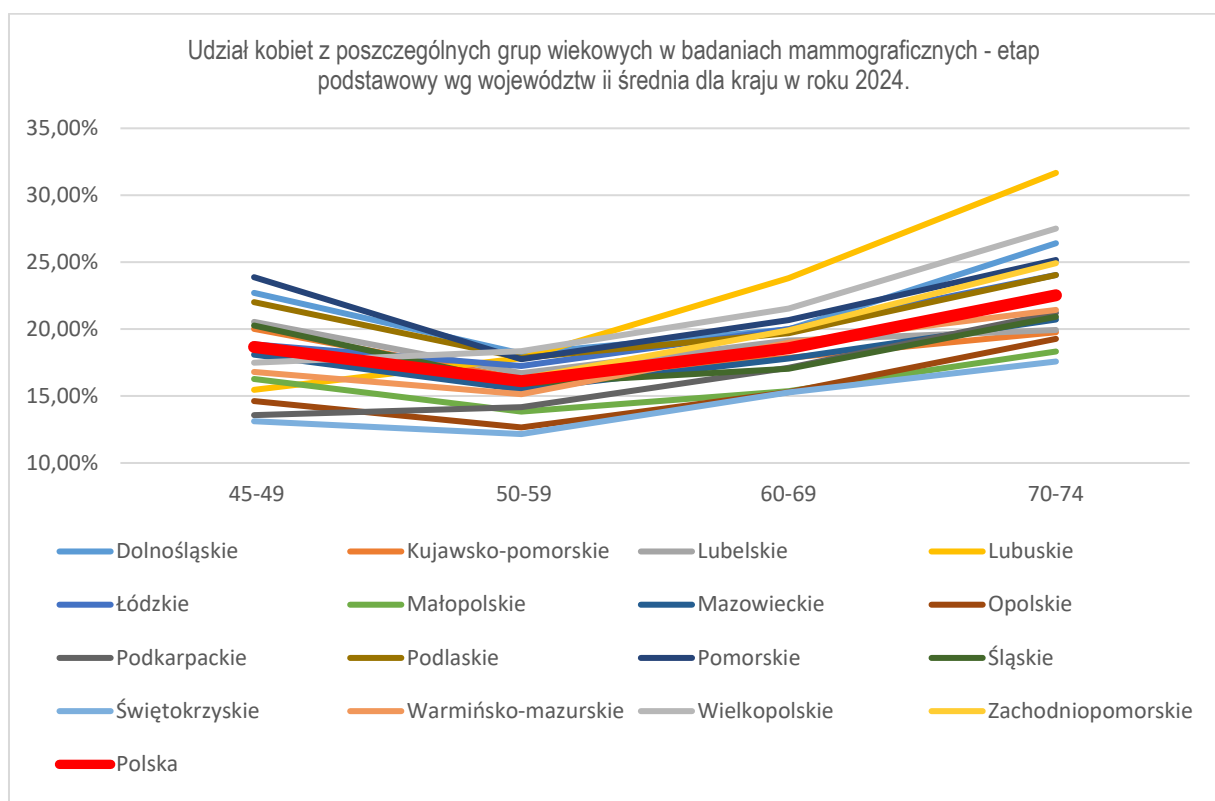
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS

Ciekawą obserwacją jest to, że odsetek kobiet poddających się badaniu w grupie wiekowej 50-59 jest najniższy, kolejną grupą wiekową z niskim odsetkiem jest grupa 45-49 lat. Zatem kobiety, które spełniają kryteria włączenia, będące w wieku produkcyjnym, z jakich względów badają się mniej chętnie. Jest to trend widoczny we wszystkich województwach.

Powyższe uzasadnia poszukiwanie rozwiązań promujących udział w badaniach profilaktycznych w obszarze medycyny pracy.

Niestety są też województwa, w których odsetki we wszystkich grupach są niższe – są to województwa: świętokrzyskie, opolskie i małopolskie.

Wykres 3. Udział kobiet z poszczególnych grup wiekowych w badaniach mammograficznych - etap podstawowy wg województw w 2024 r.



We wszystkich województwach najwyższy odsetek kobiet biorących udział w badaniach stanowią kobiety w grupie 70-74 lat.

Tabela XV. Liczba badań mammograficznych – etap podstawowy w roku 2024, populacja kobiet w wieku 45-74 lata w 2024 roku, udział badanych w populacji docelowej

OW NFZ	Liczba badań mammograficznych etap podstawowy 2024	Populacja kobiet 45- 74 w 2024	% zbadanej populacji*	Populacja kobiet w 2024	udział populacji docelowej 45-74 w populacji ogólnej
--------	--	--------------------------------	-----------------------	-------------------------	--

Dolnośląskie	119 222	596 062	20,00%	1 490 391	39,99%
Kujawsko-pomorskie	71 391	415 069	17,20%	1 025 042	40,49%
Lubelskie	73 839	415 256	17,78%	1 030 312	40,30%
Lubuskie	42 846	204 417	20,96%	499 348	40,94%
Łódzkie	95 166	511 037	18,62%	1 228 237	41,61%
Małopolskie	94 880	656 290	14,46%	1 766 509	37,15%
Mazowieckie	182 696	1 085 498	16,83%	2 870 645	37,81%
Opolskie	28 616	201 054	14,23%	480 884	41,81%
Podkarpackie	61 514	410 597	14,98%	1 053 566	38,97%
Podlaskie	44 651	231 953	19,25%	581 840	39,87%
Pomorskie	92 731	455 985	20,34%	1 214 156	37,56%
Śląskie	159 075	926 536	17,17%	2 228 592	41,57%
Świętokrzyskie	34 213	248 648	13,76%	595 062	41,79%
Warmińsko-mazurskie	48 395	283 641	17,06%	691 117	41,04%
Wielkopolskie	135 468	686 746	19,73%	1 789 943	38,37%
Zachodniopomorskie	65 188	348 040	18,73%	836 416	41,61%
RAZEM	1 349 891	7 676 829	17,58%	19 382 060	39,61%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS; *dane przybliżone przy założeniu, że jedno badanie było wykonywane u jednej kobiety

Podsumowanie

Przyjmując, że badanie w programie profilaktyki raka piersi w etapie podstawowym wykonuje się raz na 2 lata, uzyskaliśmy wskaźnik zgłaszalność w skali Kraju na poziomie 35%. Jest to ½ wartości pożądanej jaką eksperci NIK wskazywali aby uzyskać poprawę wskaźników umieralności z powodu nowotworów jelita grubego, szyjki macicy oraz piersi, a także wskaźnika pięcioletnich przeżyć, tak aby odpowiadały one średniemu poziomowi osiąganemu w krajach Unii Europejskiej.

Ewidentnie potrzebne są działania, które wypromują uczestnictwo w programach profilaktycznych (nie tylko onkologicznych).

Populacja kobiet w wieku 45-59 lat wynosiła wg danych GUS w 2024 r. 3 876 028 osób i stanowiła 50,49% populacji docelowej dla programu profilaktyki raka piersi (kobiety w wieku 45-74 lat - 7 676 829 osób). Jakkolwiek kobiety w wieku 45-59 lat rzadziej poddają się badaniom profilaktycznym w programie to działania w obszarze medycyny pracy mogą być tylko jednym z narzędzi stosowanych w celu zwiększenia uczestnictwa w badaniach. Konieczne są inicjatywy oddziałujące na całą populację docelową.

Dysfunkcjonalności obecnego systemu

Mimo stworzenia programu polityki zdrowotnej uwzględniającego badania screeningowe w profilaktyce raka piersi zgłaszalność do programu i realizacja diagnostyki wstępnej nie są na wystarczającym poziomie, co rzutuje na kolejne etapy diagnostyki i leczenia wpływając na osiągnięty niesatysfakcjonujący efekt zdrowotny.

Dysfunkcjonalności systemu w obecnym kształcie:

- niewystarczająca edukacja zdrowotna w zakresie profilaktyki chorób, w tym chorób onkologicznych,
- niewystarczające działania Ministra Zdrowia w obszarze PR w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych,
- wdrożony system zachęt dla lekarzy rodzinnych w zakresie promowania profilaktyki chorób onkologicznych jest nieefektywny,

- włączenie badań profilaktycznych rozumianych szerzej niż profilaktyka chorób zawodowych do zakresu działań medycyny pracy jest niekompletne i zbyt mało zdecydowane,
- brakuje powiązania służby medycyny pracy z całością systemu zarówno w sensie organizacji udzielania świadczeń, logicznej komplementarności świadczeń i systemu informacyjnego, a także możliwości finansowania świadczeń z zakresu edukacji i promocji zdrowia, które mogłyby/miałyby być udzielane w powiązaniu z badaniami realizowanymi przez służbę medycyny pracy.
- Brakuje inicjatyw w zakresie nowych form mobilizacji populacji docelowej do udziału w programie,
- Brakuje powiązania działań profilaktycznych z Krajową Siecią Onkologiczną.

Proponowane zmiany w przepisach prawa i organizacji udzielania świadczeń

I. Poprawa edukacji

I.1 Edukacja w medycynie pracy

Ponieważ zasadniczym i pierwotnym problemem jest niewystarczająca edukacja zdrowotna, należy rozważyć wprowadzenie edukacji do świadczeń medycyny pracy w postaci prelekcji nt. profilaktyki chorób (różnych, w szczególności chorób nowotworowych), która byłaby prowadzona w ośrodkach medycyny pracy przez lekarza, pielęgniarkę, profilaktyka lub edukatora zdrowotnego.

Wykonując obowiązek poddania się badaniom wstępnym i okresowym do uzyskania orzeczenia konieczne byłoby uzyskanie zaświadczenia o uczestnictwie w 30 minutowej/1 godzinnej prelekcji n. t. profilaktyki chorób, realizowanej zgodnie z programem opracowanym przez Instytut Medycyny Pracy/Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego/Polskie Towarzystwo Onkologiczne.

Udział w prelekcji nie byłby wymagany dla osób, które okażą „aktualne” wyniki badań profilaktycznych, do których kwalifikują się ze względu na wiek i płeć, lub zaświadczenie o zgłoszeniu się na badanie. Udział w badaniu podlega wpisowi do karty badania w medycynie pracy.

Interesariusze:

MZ, Instytut Medycyny Pracy, pracownicy, pracodawcy, lekarze medycyny pracy, pielęgniarki medycyny pracy, edukatorzy zdrowotni, profilaktycy.

Finansowanie:

Koszty prelekcji zwiększałyby koszty badania wstępnego/okresowego, jako rekompensatę dla pracodawców można zaproponować doprecyzowanie art. 229 § 6⁵ Kodeksu pracy.

Koszty badań okresowych nie są odgórnie ustalone, zależą od regionu, stanowiska pracy itd. Zwiększenie kosztu badania o koszt obowiązkowego udziału w prelekcji byłby niewielki, dla dużej części pracodawców niezauważalny. Ale ponieważ do przeprowadzania badań w zakresie wskazanym w programie zdrowotnym lub programie polityki zdrowotnej stosuje się przepisy art. 229 § 3, można zaproponować przepisy ograniczające możliwość wykonywania różnych badań profilaktycznych z programów zdrowotnych z zachowaniem prawa do wynagrodzenia, do 1 dnia w roku.

Propozycja zmian w prawie:

Zmiana brzmienia Art. 229 § 6¹. Np.: „W przypadku gdy pracownik skierowany na wstępne, okresowe

*albo kontrolne badania lekarskie spełnia warunki objęcia programem zdrowotnym lub programem polityki zdrowotnej, lekarz przeprowadzający wstępne, okresowe albo kontrolne badania lekarskie kieruje pracownika, **na prelekcję dotyczącą profilaktyki chorób, oraz** za jego zgodą, do udziału w programie zdrowotnym lub programie polityki zdrowotnej. Jeżeli pracownik wykona wstępne, okresowe albo kontrolne badania lekarskie zgodnie z programem zdrowotnym lub programem polityki zdrowotnej, badania te są finansowane na zasadach określonych w programie zdrowotnym lub programie polityki zdrowotnej.”.*

Prelekcje n.t profilaktyki powinny zostać uwzględnione w rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy, w zakresie Załącznika Nr 1 „Wskazówki metodyczne w sprawie przeprowadzania badań profilaktycznych pracowników”

Zmiana brzmienia Art. 229 § 6⁵ Kodeksu Pracy:

Obecnie jest :„§ 6⁵ Do przeprowadzania badań w zakresie wskazanym w programie zdrowotnym lub programie polityki zdrowotnej stosuje się § 3.”.

Propozycja:

„§ 6⁵ Do przeprowadzania badań w zakresie wskazanym w programie zdrowotnym lub programie polityki zdrowotnej stosuje się § 3, przy czym czas niewykonywania pracy w związku z przeprowadzanymi badaniami profilaktycznymi objętymi programami finansowanymi przez NFZ nie może przekroczyć , dobowego wymiaru czasu pracy pracownika.”.

I.2 Edukacja w POZ

Świadczenie gwarantowane w postaci porady edukacyjnej także jako ww. prelekcji można wprowadzić do POZ.

Obecnie porada edukacyjna w opiece koordynowanej wyceniona jest na 55,57 zł, znajduje się w dwóch słownikach budżetu powierzonego opiece koordynowanej oraz jako element programu Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej jako „Porada edukacyjna -Bilans zdrowia”.

Jako element programu Moje zdrowie mogłaby się pojawić „Porada edukacyjna - profilaktyka nowotworów”. Należy rozważyć możliwość realizacji prelekcji dla grupy świadczeniobiorców zadeklarowanych do danego POZ, nt. profilaktyki chorób nowotworowych, która byłaby organizowana przez ten POZ.

Interesariusze:

MZ, świadczeniobiorcy, lekarze POZ, pielęgniarki POZ, edukatorzy zdrowotni, profilaktycy.

Finansowanie

Konieczne jest zapewnienie finansowania osób dedykowanych prowadzeniu profilaktyki zdrowotnej. Edukacja mogłaby być realizowana przez lekarza, pielęgniarkę środowiskową, zatrudnianego w tym celu przez POZ profilaktyka/edukatora zdrowotnego. Źródłem finansowania mógłby być budżet powierzony opiece koordynowanej lub Fundusz Medyczny, w ramach którego, zgodnie z Art. 6. ust. 4 pkt 3) wyodrębniony został subfundusz rozwoju profilaktyki.

Zgodnie z Art. 7. Fundusz gromadzi środki z przeznaczeniem na dofinansowanie zadania polegającego na:

- 2a) wsparciu rozwoju innowacyjnych rozwiązań służących do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) zwiększaniu skuteczności programów zdrowotnych lub programów polityki zdrowotnej w

- ramach subfunduszu rozwoju profilaktyki;
- finansowanie edukacji w zakresie profilaktyki chorób mieści się w obu ww. tytułach.

Propozycja zmian w prawie:

Zmiana wymagałaby uzupełnienia w załączniku Nr 6 do rozporządzenia Ministra Zdrowia ws. świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, świadczenia opieki koordynowanej, o poradę/prelekcyjną profilaktyczną, zgodnie ze wspomnianym wyżej Art. 31e. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

II. Wprowadzenie obowiązku kierowania na badania profilaktyczne

Obowiązek kierowania pracownika na badania profilaktyczne został już *de jure* ustalony przez wprowadzenie go (w 2023 r.) do art. 229 Kodeksu Pracy § 6¹.

Zapis w brzmieniu: „*W przypadku gdy pracownik skierowany na wstępne, okresowe albo kontrolne badania lekarskie spełnia warunki objęcia programem zdrowotnym lub programem polityki zdrowotnej, lekarz przeprowadzający wstępne, okresowe albo kontrolne badania lekarskie kieruje pracownika, za jego zgodą, do udziału w programie zdrowotnym lub programie polityki zdrowotnej.*” należy czytać jako imperatyw dla lekarza medycyny pracy. Imperatyw ten jest jednak uwarunkowany uzyskaniem zgody pracownika, co pozostaje w dysonansie co najmniej z dwiema okolicznościami:

- po pierwsze zgoda na wystawienie skierowania nie zobowiązuje w żaden sposób pacjenta do wykonania badania;
- po drugie udział w badaniu profilaktycznym finansowanym ze środków publicznych nie wymaga formalnego skierowania przez lekarza.

Interesariusze:

MZ, Instytut Medycyny Pracy, pracownicy, pracodawcy, lekarze medycyny pracy, pielęgniarki medycyny pracy, edukatorzy zdrowotni, profilaktycy.

Uznając wydanie skierowania przez lekarza medycyny pracy jako wartość samą w sobie jako możliwość wpływu na zachowanie pacjenta można:

Propozycja zmian w prawie:

- należy zmienić przepis art. 229 Kodeksu Pracy § 6¹ znosząc warunek zgody pracownika na skierowanie na badanie;
- zmienić rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy, w zakresie Załącznika Nr 1 „WSKAZÓWKI METODYCZNE W SPRAWIE PRZEPROWADZANIA BADAŃ PROFILAKTYCZNYCH PRACOWNIKÓW”
- umieścić badanie mammograficzne w obwieszczeniu Ministra Zdrowia zawierającego wykaz programów zdrowotnych lub programów polityki zdrowotnej realizowanych przez Ministra Zdrowia lub Narodowy Fundusz Zdrowia, które uwzględnia lekarz w ramach przeprowadzania badania wstępnego, badania okresowego albo badania kontrolnego pracownika;
- wartość skierowania wydanego przez lekarza medycyny pracy byłaby większa gdyby było ono „widoczne” w systemie i na koncie IKP pacjenta. Wymagałoby to włączenia medycyny pracy do Systemu Informacji Medycznej i wystawianie e-skierowań.
- konieczna byłaby zmiana w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie

zdrowia i włączenie świadczeń medycyny pracy do systemu:

Art. 10. [System Informacji Medycznej]

SIM jest systemem teleinformatycznym służącym przetwarzaniu danych dotyczących udzielonych, udzielanych i planowanych świadczeń opieki zdrowotnej udostępnianych przez systemy teleinformatyczne usługodawców.

SIM jest systemem teleinformatycznym służącym przetwarzaniu danych dotyczących udzielonych, udzielanych i planowanych świadczeń opieki zdrowotnej i świadczeń opieki zdrowotnej i medycyny pracy udostępnianych przez systemy teleinformatyczne usługodawców.

Należy rozważyć włączenie podmiotów, lekarzy i pielęgniarek służby medycyny pracy do grona podmiotów i osób uprawnionych do realizowania części uprawnień/świadczeń w systemie ubezpieczenia zdrowotnego, np. kierowania do konsultacji specjalistycznych, diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej finansowanej ze środków publicznych. Zadania przynależne służbie medycyny pracy powinny być ukierunkowane zarówno na zawodowe czynniki ryzyka, jak i pozazawodowe aspekty zdrowia, które mogą wpływać na możliwość wykonywania pracy.

Finansowanie

Włączenie medycyny pracy do Systemu Informacji Medycznej SIM jest możliwe (a w zasadzie jest obowiązkiem) na gruncie obowiązujących przepisów. Wymaga to jedynie uzyskania przez podmioty udzielające świadczeń z tego zakresu:

- certyfikatu do uwierzytelniania danych - służącego do potwierdzania pochodzenia i integralności danych przekazywanych lub udostępnianych przez usługodawcę;
- certyfikat do uwierzytelniania systemu - służącego do:
 - a) uwierzytelniania systemu usługodawcy w Systemie Informacji Medycznej, zwanym dalej "SIM", oraz w dziedzicznych systemach teleinformatycznych,
 - b) wzajemnego uwierzytelniania systemów teleinformatycznych usługodawców lub innych podmiotów przetwarzających jednostkowe dane medyczne;

- Certyfikaty wydaje CeZ.

Koszty dostosowania musiałyby ponieść ośrodki medycyny pracy i lekarze medycyny pracy.

Koszty te są trudne do oszacowania, ze względu na brak danych. Być może informacje w tym zakresie posiada Instytut Medycyny Pracy, niemniej jest z całą pewnością grupa lekarzy pracujących w formie jednoosobowej działalności gospodarczej, dla których będzie to barierą informatyczną, organizacyjną i finansową.

Do rozważenia pozostanie kwestia uzupełnienia obowiązku działań profilaktycznych gratyfikacją finansową dla lekarza medycyny pracy. Potencjalnym źródłem finansowania mógłby być Fundusz Medyczny - subfundusz rozwoju profilaktyki.

III. Wprowadzenie obowiązku wykonania badania profilaktycznego

System opieki zdrowotnej w Polsce nie posiada rozwiązań zobowiązujących pacjentów do konkretnych zachowań. Nie zostały zatem wypracowane żadne mechanizmy w zakresie obowiązkowego uczestniczenia w badaniach profilaktycznych, udział w tych badaniach jest dobrowolny mimo, że koszty leczenia chorób stanowią główne obciążenie, zaangażowania zasobów, w tym finansowych systemu.

Wydawać by się mogło, że administracyjny wymóg udziału w badaniach profilaktycznych jest relatywnie łatwy do wprowadzenia, nawet biorąc pod uwagę konieczność zmiany przepisów ustawy.

Interesariusze:

MZ, Instytut Medycyny Pracy, pracownicy, pracodawcy, lekarze medycyny pracy, pielęgniarki medycyny pracy.

Propozycja zmian w prawie:

Art. 229 § 6⁴ Kodeksu Pracy upoważnia Ministra Zdrowia do ogłoszenia, w drodze obwieszczenia, wykazu programów zdrowotnych lub programów polityki zdrowotnej realizowanych przez Ministra Zdrowia lub Narodowy Fundusz Zdrowia, które uwzględnia lekarz w ramach przeprowadzania badania wstępnego, badania okresowego albo badania kontrolnego pracownika.

Zatem wprowadzenie profilaktycznego badania mammograficznego do zakresu badań medycyny pracy jest, wydawałoby się, możliwe na gruncie przepisów już istniejących.

Wprowadzenie obowiązkowego badania mammograficznego można zrealizować przez:

- Umieszczenie badania mammograficznego w obwieszczeniu Ministra Zdrowia zawierającego wykaz programów zdrowotnych lub programów polityki zdrowotnej realizowanych przez Ministra Zdrowia lub Narodowy Fundusz Zdrowia, które uwzględnia lekarz w ramach przeprowadzania badania wstępnego, badania okresowego albo badania kontrolnego pracownika
- zmianę rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy, w zakresie Załącznika Nr 1 „WSKAZÓWKI METODYCZNE W SPRAWIE PRZEPROWADZANIA BADAŃ PROFILAKTYCZNYCH PRACOWNIKÓW”

Jednak, zgodnie z zasadami stanowienia prawa, zobowiązanie pracownika do wykonania badania powinno być nałożone jednoznacznym przepisem rangi ustawowej.

Mogłaby to być ingerencja w brzmienie art. 229 § 4. Kodeksu Pracy, np.:

„Pracodawca nie może dopuścić do pracy pracownika bez aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku w warunkach pracy opisanych w skierowaniu na badania lekarskie i zaświadczenia o uczestniczeniu w programie (wszystkich badań lub wskazanego gadania) badań profilaktycznych finansowanych ze środków publicznych odpowiednich dla grupy wiekowej.

Fakt uczestniczenia w badaniu (a nie wyniku badania) potwierdzany byłoby na podstawie Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP) narzędzia informatycznego służącego realizacji programów profilaktycznych, udostępnianego świadczeniodawcom przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Jeżeli miałyby to być obowiązki lekarza medycyny pracy, musieli by mieć dostęp do systemu SIMP w zakresie wyszukiwania osób, daty realizacji badania i uprawnienia do danego rodzaju badania.

Zaświadczenie o udziale w badaniach profilaktycznych mogłoby być także wystawiane przez lekarza, pielęgniarkę POZ na podstawie dostępu do SIMP, realizatora pakietu badań diagnostycznych.

- Na pracownika nałożony jest obowiązek uczestniczenia w badaniach profilaktycznych
- Pracodawca nie ponosi dodatkowych kosztów, przy czym w związku z tym, że badania te mogą być wykonywane, tak samo jak badania okresowe i kontrolne, w godzinach pracy z zachowaniem prawa do wynagrodzenia i prawa do zwrotu kosztów podróży, w przypadku nałożenia obowiązku udziału we wszystkich badaniach, które są finansowane ze środków publicznych istnieje ryzyko wzrostu kosztów po stronie pracodawców jeżeli poszczególne badania profilaktyczne wykonywane byłyby w różne dni. W związku z powyższym przepisy § 6⁵ należałoby zmodyfikować określając ilość czasu na wykonanie badań profilaktycznych np. ograniczając do jednego dnia w ciągu roku, zakładając, że jest to czas wystarczający na wykonanie wszystkich badań profilaktycznych finansowanych ze środków publicznych, do których kwalifikuje się pracownik odpowiednio do płci i wieku.
- Dodatkowym kosztem Służby Medycyny Pracy był koszt stworzenia zdolności technicznych dostępu do- i pracy w SIMP.

Uwagi prawne:

Wskazać należy, iż nakładanie jakiegokolwiek obowiązku w zakresie badań profilaktycznych, w szczególności profilaktyki nowotworowej budzi poważne wątpliwości prawne. Uwagi te więc będą miały zastosowanie do wszystkich punktów, w których opisane zostały mechanizmy „wymuszania” profilaktyki w ramach medycyny pracy.

Przede wszystkim należy podnieść, iż celem medycyny pracy jest wydanie orzeczenia w zakresie braku przeciwwskazań do pracy na konkretnym stanowisku w konkretnych warunkach pracy. Celowość ta wynika z wykładni celowościowej oraz funkcjonalnej art. 229 Kodeksu pracy.

Przechodząc do głębszej analizy należy wskazać, iż uzależnienie uzyskania stosownego orzeczenia lekarza medycyny pracy, co jest warunkiem *sine qua non* zatrudnienia, od wykonania badań profilaktycznych w zakresie nowotworów, rodzi następujące problemy:

- 1) Zgodnie z art. 40 ust. 2 pkt 2 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia organy i instytucje, które zleciły przeprowadzenie badania. Skoro badania okresowe bądź wstępne zleca pracodawca, a jednym z elementów tych badań byłoby np. profilaktyczne badanie mammograficzne, to pojawia się problem, czy taka informacja nie powinna zostać przekazana do pracodawcy. W tym zakresie należy jednak wskazać, iż pracodawca nie jest uprawniony do posiadania takich informacji. Zgodnie bowiem z treścią art. 22^{1a} Kodeksu pracy, możliwość zasięgnięcia tego typu informacji przez pracodawcy może nastąpić wyłącznie na podstawie zgody pracownika bądź kandydata do pracy.
- 2) Jeżeli ustalone zostanie, że warunkiem *sine qua non* wydania stosownego orzeczenia przez lekarza medycyny pracy będzie wykonanie profilaktycznego badania mammograficznego, powstaje wątpliwość, czy w przypadku wyniku badania wskazującego na nowotwór, należy wydać orzeczenie o braku przeciwwskazań do pracy. Dodatkowo – zgodnie z wcześniejszymi uwagami – czy informację taką przekazywać pracodawcy. Prowadzić może to do nieuprawnionej dyskryminacji w zatrudnieniu.
- 3) Nie jest możliwe odgórne nakazanie osobie fizycznej wykonania badania profilaktycznego. Celem badań z zakresu medycyny pracy jest stwierdzenie braku przeciwwskazań do

wykonywania określonej pracy w określonych warunkach. Przesłanką irrelewantną w tym zakresie jest wynik badania profilaktycznego mammograficznego – nie ma to żadnego wpływu na możliwość wykonywanej pracy. To osoba fizyczna jest dysponentem swojego zdrowia – ma ona prawo do świadczeń zdrowotnych, w tym tych o charakterze profilaktycznym, ale nikt jej do realizacji tego uprawnienia nie może przymusić (pomijając sytuację, w której dopuszczalne jest udzielanie świadczeń zdrowotnych bez zgody pacjenta, jednak żadna z przesłanek nie zachodzi w niniejszym przypadku).

Dodatkowo istnieją wątpliwości co do konstytucyjności takiego rozwiązania.

Argumenty podnoszone przeciw będą dotyczyły:

- ograniczenia wolności wyboru świadczeń opieki zdrowotnej i prawa wyrażania zgody na udzielenia świadczenia.
- ograniczenia prawa do zatrudnienia
- dyskryminacji ze względu na stan zdrowia
- niewystarczającej bazy do wykonania badań całej populacji

Ponadto wprowadzenie takiej regulacji wymagałoby szerokiej zgody politycznej, która jak się wydaje nie jest obecnie możliwa do osiągnięcia.

IV. Obniżenie składki rentowej w przypadku wykonania badań profilaktycznych

Zgodnie z ustawą z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych składki na ubezpieczenia rentowe finansują z własnych środków, w wysokości:

- 1,5% podstawy wymiaru ubezpieczeni
- 6,5% podstawy wymiaru płatnicy składek.

Po to by wytworzyć presję ze strony pracodawców na pracowników, by ci wykonywali badania profilaktyczne, można rozważyć zmniejszenie obciążenia pracodawców w postaci obniżenie finansowania składki za kwiecień w roku następującym po roku, w którym pracownik uczestniczył we wszystkich programach polityki zdrowotnej i programach zdrowotnych, do których się kwalifikuje.

Interesariusze:

MZ, MF, ZUS, NFZ, pracownicy, pracodawcy,

Propozycja zmian w prawie:

W ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych obniżenie finansowania składki za kwiecień w roku następującym po roku, w którym pracownik uczestniczył we wszystkich programach polityki zdrowotnej i programach zdrowotnych, do których się kwalifikuje, do 3,25% podstawy wymiaru płaconą przez płatnika składek.

Art. 16. [Sposoby finansowania składek]

1b. Składki na ubezpieczenia rentowe osób, o których mowa w ust. 1 i 1a, finansują z własnych środków, w wysokości 1,5% podstawy wymiaru ubezpieczeni i w wysokości 6,5% podstawy wymiaru płatnicy składek.

Propozycja 1b. Składki na ubezpieczenia rentowe osób, o których mowa w ust. 1 i 1a, finansują z własnych środków, w wysokości 1,5% podstawy wymiaru ubezpieczeni i w wysokości 6,5% podstawy

wymiaru płatnicy składek, z zastrzeżeniem ust 1f.

1f. Składka rentowa, o której mowa w ust 1b, za miesiąc kwiecień, w części finansowanej przez płatnika składek ulega obniżeniu o połowę w przypadku potwierdzonego przez NFZ udziału pracownika we wszystkich programach polityki zdrowotnej i programach zdrowotnych, do których się kwalifikował w roku poprzedzającym finansowanie składki.

Finansowanie

Po to by chronić wysokość świadczenia „brakującą” część składki finansowałby budżet państwa za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Udział osób w badaniu potwierdzałby NFZ na podstawie sprawozdań od świadczeniodawców realizujących programy, informację przekazywałby do ZUS, który informowałby pracodawców o możliwości obniżenia wysokości składki.

1g. W przypadku obniżenia składki w sposób o którym mowa w ust 1f, drugą część składki, w wysokości 3,25% podstawy wymiaru finansuje budżet państwa za pośrednictwem Zakładu.

Konsekwencje byłyby także w ustawie budżetowej, ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej (Zadania NFZ)

V. Pakiet Profilaktyczny

Po to, by ułatwić dostęp do badań profilaktycznych a jednocześnie zwiększyć efektywność kosztów ponoszonych przez pracodawców, związanych z zachowaniem prawa do wynagrodzenia i prawa do zwrotu kosztów podróży, należałoby rozważyć zasadność kontraktowania świadczeń z zakresu profilaktyki z podmiotami, które realizują wszystkie badania profilaktyczne objęte programami, a same badania pakietować wg właściwości wieku i płci, po to by pacjent w jednym ośrodku mógł mieć wykonane jednocześnie wszystkie badania.

Interesariusze:

MZ, NFZ, świadczeniobiorcy, świadczeniodawcy, pracodawcy

Propozycja zmian w prawie:

Działanie nie wymaga zmian w prawie, wymaga zmiany w treści programów zdrowotnych i podejścia do kontraktowania przez NFZ.

Finansowanie

Propozycja nie wymaga zmiany sposobu finansowania

Koszty ewentualnego dostosowania zasobów do kontraktowania pakietu badań profilaktycznych poniosą świadczeniodawcy.

VI. e-Skierowanie i informacja o zaległym badaniu przez IPK

Skierowanie na badania profilaktyczne powinny być wystawiane przez każdego lekarza, także przez Ministerstwo Zdrowia (tak jak to się dzieje w przypadku skierowań na szczepienia p/Covid 19).

Należy wymagać wypełnienia obowiązku powszechnego dostępu do systemu e- skierowanie, skierowanie widoczne będzie wówczas na Internetowym Koncie Pacjenta i przesłane kanałami informacyjnymi związanymi z IKP:

SMS-em;

pocztą elektroniczną.

Aplikacja mojejIKP mogłaby okresowo przypominać świadczeniobiorcy o:

- aktywnym e-Skierowaniu na badania profilaktyczne,
- spełnianiu kryteriów kwalifikacji do programu badań profilaktycznych,
- zbliżającym się terminie, w którym badanie powinno zostać wykonane
- dzięki połączeniu z systemem e-rejestracja (obecnie w pilotażu obejmuje także mammografię) wskazanie świadczeniodawców i terminów, w których możliwe jest badanie.

W aplikacji mogłyby pojawiać się krótkie wiadomości o walorze edukacyjnym.

Ważne jest, żeby przekazywana informacja miała praktyczny walor użytkowy

Powiadomienie powinno być zwięzłe np. „wybierz miejsce i termin badania mammograficznego” i zawierało link bezpośrednio do podstrony gdzie można to zrobić, bez konieczności przechodzenia przez kolejne strony z menu aplikacji.

Interesariusze:

MZ, CeZ, świadczeniobiorcy, świadczeniodawcy.

Finansowanie

MZ z części budżetu będącego w dyspozycji Ministra Zdrowia, CeZ

VII. Informacja o zaległym badaniu w aplikacji m-Obywatel

Ważne jest wykorzystywanie wszystkich możliwych kanałów informacyjnych

Aplikacja mObywatel mogłaby przypominać świadczeniobiorcy o:

- aktywnym e-Skierowaniu na badania profilaktyczne, alternatywnie
- kwalifikowaniu się do programu badań profilaktycznych,
- kierować do IKP,
- kierować bezpośrednio do podstrony gdzie można ustalić miejsce i czas badania.

Interesariusze:

MZ, CeZ, świadczeniobiorcy, Ministerstwo Cyfryzacji, Centralny Ośrodek Informatyki (COI) – instytucja techniczna odpowiedzialna za bieżący rozwój i utrzymanie aplikacji, Naukowa i Akademicka Sieć Komputerowa (NASK) – odpowiedzialna za stworzenie aplikacji na zlecenie Ministerstwa Cyfryzacji.

Finansowanie

Ministerstwo Cyfryzacji

VIII. Zmiana wyceny badania, rozszerzenie zakresu świadczeń.

Podniesienie wyceny punktowej poprawi relację „opłacalności” procedury.

Powinno być powiązane np. ze zwiększeniem wymogów o zadanie edukacyjne, o który mowa w Punkcie I. Ogólnikowy obowiązek zapraszania na badania przez realizatorów badań profilaktycznych, można rozszerzyć o wymóg rozpowszechniania praktycznych informacji o badaniach:

- w lokalnych mediach – lokalne gazety, rozgłośnie radiowe- np. info o terminach badań w mammbusie
- na Facebook’u

- platformie X (Tweeter)

informacje powinny mieć praktyczny wymiar i kierować?zawierać linki do stron prowadzących do świadczeniodawców realizujących badanie i samego badania.

Interesariusze

MZ, NFZ, świadczeniobiorcy, świadczeniodawcy

Zmiany prawne

Zmiany w opisach programów profilaktycznych

Zgodnie z Art. 31e. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej Minister właściwy do spraw zdrowia może dokonać zmiany poziomu lub sposobu finansowania lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego, działając z urzędu lub na wniosek. Wniosek taki do Ministra Zdrowia mogą składać:

- 1) konsultanci krajowi z dziedziny medycyny odpowiedniej dla danego świadczenia opieki zdrowotnej;
- 2) stowarzyszenia będące zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym - za pośrednictwem konsultantów krajowych;
- 3) Prezes Funduszu;
- 4) stowarzyszenia i fundacje, których celem statutowym jest ochrona praw pacjenta - za pośrednictwem konsultantów krajowych.

Prezes AOTMiT po otrzymaniu zlecenia Ministra Zdrowia dokonuje analizy dotyczącej zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczenia oraz przygotowuje raport w tej sprawie i wydaje rekomendację. W terminie 21 dni od dnia otrzymania zlecenia, przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia rekomendację wraz z raportem.

Minister właściwy do spraw zdrowia po zapoznaniu się z raportem oraz rekomendacją Prezesa Agencji zatwierdza tę rekomendację oraz przekazuje ją Prezesowi Agencji w celu opublikowania, w formie obwieszczenia, w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji lub wnosi do niej uwagi.

Finansowanie

NFZ

IX. Presja ze strony Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących

Efekt zwiększenia odsetka pacjentów w badaniach profilaktycznym można osiągnąć stymulując Wojewódzkie Ośrodki Monitorujące, o których mowa w ustawie o Krajowej Sieci Onkologicznej. Zgodnie z art. 36. Ustawy za pełnienie funkcji Krajowego Ośrodka Monitorującego i Wojewódzkiego Ośrodka Monitorującego przysługuje ryczał, którego wysokość ustala Prezes Funduszu corocznie na podstawie obliczeń przekazanych przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, uwzględniających koszty osobowe i nieosobowe, w tym rzeczowe, niezbędne do realizacji poszczególnych zadań, a w przypadku WOM dodatkowo zachorowalność na nowotwory w danym województwie. Zapisanie w zadaniach WOM współpracy ze świadczeniodawcami nie tylko z zakresu POZ jest bliższe strukturze świadczeniodawców realizujących świadczenia w różnych zakresach związanych z onkologią.

Korygując wartość ryczału dla ośrodka koordynującego w KSO w zależności od odsetka populacji docelowej, która poddała się badaniu wynosić np.:

- 1,1 dla ośrodków, w których ponad 25% kwalifikujących się poddało się badaniu;
- 1,2 dla ośrodków, w których ponad 30 % kwalifikujących się poddało się badaniu;
- 1,3 dla ośrodków, w których ponad 35 % kwalifikujących się poddało się badaniu;
- 1,4 dla ośrodków, w których ponad 40 % kwalifikujących się poddało się badaniu;

Interesariusze

MZ, NFZ, WOM-y

Zmiany w prawie

W Art. 23. ust 2. Ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej należałoby zmienić brzmienie punktu 1) (zadania WOM): *1. współpracuje ze świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w ramach opieki onkologicznej w procesie organizacji profilaktyki, diagnostyki i opieki po zakończonym leczeniu onkologicznym*; na np.:

„1. współpracuje ze świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie w procesie organizacji profilaktyki, diagnostyki i opieki po zakończonym leczeniu onkologicznym oraz NFZ i podmiotami zewnętrznymi w zakresie komunikacji społecznej”.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określając szczegółowe warunki rozliczania świadczeń, Prezes Funduszu może ustalać współczynniki korygujące mające na celu w szczególności polepszenie jakości i zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń. Współczynniki te mogą być wyrażone kwotowo. Współczynniki korygujące, za pomocą których jest wyliczana wysokość zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, mogą zostać ustalone przez Prezesa NFZ dla poszczególnych:

- a) grup świadczeniobiorców albo
- b) świadczeń albo
- c) grup świadczeniodawców albo
- d) grup osób wykonujących dany zawód medyczny

Wprowadzenie współczynników korygujących nie wymaga zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia.

Finansowanie

NFZ

X. Włączenie lekarzy i pielęgniarek Służby Medycyny Pracy

XI. Dostęp do IKP dla lekarzy Medycyny Pracy

Zgodnie z ustawą o systemie informacji w ochronie zdrowia zdarzeniem medycznym przetwarzanym w systemie informacji – jest każde świadczenie zdrowotne - działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania.

Tym samym działalność Służby Medycyny Pracy podlega tej ustawie.

System e-zdrowie (platforma P1) obecnie realizuje funkcjonalności:

- e-recepta
- **e-skierowanie**
- **Zdarzenia medyczne**
- **Wymiana elektronicznej dokumentacji medycznej**

- Internetowe Konto Pacjenta oraz Aplikacja Usługodawców i Aptek
- Platforma Publikacyjna
- Hurtownia Danych
- System e-rejestracji
- System Teleporady
- Zamawianie recept online
- w pilotażu e-rejestracja (do końca roku)

Interesariusze

MZ, CeZ, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej

Propozycja zmian w przepisach

Postulat zintegrowania opieki profilaktycznej nad pracownikami z systemem e-zdrowie nie wymaga zmian w przepisach (może poza propozycją dopisania w Art. 10. Ustawy o informacji w ochronie zdrowia [System Informacji Medycznej]):

*„1. SIM jest systemem teleinformatycznym służącym przetwarzaniu danych dotyczących udzielonych, udzielanych i planowanych świadczeń opieki zdrowotnej i **świadczeń opieki zdrowotnej medycyny pracy** udostępnianych przez systemy teleinformatyczne usługodawców.”.*

Finansowanie

Dodatkowym kosztem dla MZ-CeZ byłaby konieczność certyfikacji e systemie podmiotów realizujących zadania medycyny pracy.

Dodatkowym kosztem Służby Medycyny Pracy był koszt stworzenie zdolności technicznych dostosowania oprogramowania do dostępu systemu i pracy w SIMP.

XII. Płacenie lekarzom Medycyny Pracy za zlecone badanie profilaktyczne

Założenia:

- włączenie do systemu SIM i wystawienie e-skierowania.
- zawarcie umowy z NFZ.
- płacenie po wykonaniu badania w ciągu miesiąca od wizyty u lekarza medycyny pracy.

Dokonywanie zmian tylko w tym celu wydaje się nieracjonalne

Ten sam efekt można osiągnąć zmieniając wytyczne - „WSKAZÓWKI METODYCZNE W SPRAWIE PRZEPROWADZANIA BADAŃ PROFILAKTYCZNYCH PRACOWNIKÓW”.

XIII. Dodatkowy dzień wolny na udział w badaniach profilaktycznych

Dodatkowy dzień wolny na zasadzie urlopu płatnego na wykonanie badań profilaktycznych objętych programami zdrowotnymi i programami polityki zdrowotnej, a nie zachowanie prawa do wynagrodzenia za czas badania.

Interesariusze

Pracownicy, pracodawcy

Propozycja zmiany przepisów prawa

Zmiana dotyczyć będzie przepisów Kodeksu Pracy w Art. 152., po § 1. „Pracownikowi przysługuje prawo do corocznego, nieprzerwanego, płatnego urlopu wypoczynkowego, zwanego dalej "urlopem", dodanie „§ 1¹. Pracownikowi przysługuje prawo do corocznego, 1-dniowego, płatnego urlopu na wykonanie badań profilaktycznych.”, ze skreśleniem Art. 229 § 6⁵. (*Do przeprowadzania badań w zakresie wskazanym w programie zdrowotnym lub programie polityki zdrowotnej stosuje się § 3*).

XIV. Nagradzanie świadczeniobiorców za udział w badaniach profilaktycznych

Propozycja opiera się na powstaniu nowego programu polityki zdrowotnej – organizowanego przez Ministra Zdrowia pod tytułem np.: „Zbadaj się - to się podwójnie opłaca”

Organizatorem programu będzie Minister Zdrowia, operatorem technicznym jest Centrum e-zdrowia.

Koszty CeZ powinny być pokryte ze środków Funduszu Medycznego, w ramach którego, zgodnie z Art. 6. ust. 4 pkt 3) wyodrębniony został subfundusz rozwoju profilaktyki. Zgodnie z Art. 7. Fundusz gromadzi środki z przeznaczeniem na dofinansowanie zadania polegającego na:

- 2a) wsparciu rozwoju innowacyjnych rozwiązań służących do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) zwiększaniu skuteczności programów zdrowotnych lub programów polityki zdrowotnej w ramach subfunduszu rozwoju profilaktyki;

- finansowanie działań CeZ w zakresie proponowanego mieści się w obu ww. tytułach.

Minister Zdrowia zaprasza do partnerstwa w programie podmioty niebędące spółkami Skarbu Państwa, prowadzące handel elektroniczny towarami i usługami, które deklarują przystąpienie do programu jako jego partner.

Partnerzy programu wnoszą do programu deklarację benefitów możliwych do wykorzystania przez świadczeniobiorcę, których liczbę, formę i wartość określają samodzielnie.

Centrum e-Zdrowie, po realizacji włączonego do programu badania profilaktycznego, za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta informuje świadczeniobiorcę o możliwości odebrania benefitu, przekazując link do dedykowanej, utworzonej przez CeZ strony internetowej, na której świadczeniobiorca może wybrać dowolny benefit z puli aktualnie dostępnych, pozostawionych do dyspozycji przez partnerów programu. Świadczeniobiorca może wybrać tylko jeden benefit w ciągu roku.

Partnerzy programu uzyskują prawo do wykorzystywania certyfikatu bycia partnerem programu „Zbadaj się - to się podwójnie opłaca”, realizowanego przez Ministra Zdrowia we własnych działach promocyjnych w roku pozostawienia w dyspozycji benefitów dla świadczeniobiorców.

Program mógłby mieć formę programu polityki zdrowotnej zwiększenia uczestnictw a w badaniach profilaktycznych.

Programy zdrowotne

Ustawa o świadczeniach przewiduje tworzenie i finansowanie ze środków publicznych 3 kategorii programów zdrowotnych

1. program polityki zdrowotnej (art. 5. pkt. 29a) – zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, **opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego;**
2. program zdrowotny (art. 5. pkt. 30) – zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, **opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez Fundusz;**
3. program pilotażowy – (art. 5. pkt. 30a) zespół zaplanowanych działań z zakresu opieki zdrowotnej o charakterze testowym, **dotyczących nowych warunków organizacji, realizacji lub nowego sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej**, poprzedzających wdrożenie rozwiązań systemowych;

Program polityki zdrowotnej określa:

- 1) nazwę programu polityki zdrowotnej;
- 2) okres realizacji programu polityki zdrowotnej;
- 3) podmiot opracowujący program polityki zdrowotnej;
- 4) podstawę prawną opracowania programu polityki zdrowotnej;
- 5) opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej wraz z danymi epidemiologicznymi i opisem obecnego postępowania;
- 6) wskazanie rekomendacji, o której mowa w art. 48aa ust. 5 lub 6, której zalecenia uwzględnia program polityki zdrowotnej;
- 7) cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji;

- 8) charakterystykę populacji docelowej, w tym kryteria kwalifikacji do udziału w programie i kryteria wyłączenia, oraz charakterystykę interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej, w tym sposób udzielania świadczeń w ramach programu, a także wskazanie, czy i w jaki sposób interwencje te są zgodne z przepisami dotyczącymi świadczeń gwarantowanych oraz czy są zgodne ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej;
 - 9) organizację programu polityki zdrowotnej, w szczególności etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów, oraz warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych;
 - 10) sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej;
 - 11) budżet programu polityki zdrowotnej, w tym koszty jednostkowe i całkowite oraz źródła finansowania programu polityki zdrowotnej.
2. Projekt programu polityki zdrowotnej jest opracowywany według wzoru określonego w przepisach wydanych na podstawie ust. 16.
 3. Projekt programu polityki zdrowotnej jest przekazywany do Agencji w celu wydania przez Prezesa Agencji opinii w sprawie projektu programu polityki zdrowotnej.

Prezes Agencji sporządza opinię o projekcie programu polityki zdrowotnej w terminie 2 miesięcy od dnia otrzymania projektu programu polityki zdrowotnej

W przypadku programów polityki zdrowotnej opracowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia **wyбір realizatora programu może nastąpić bez przeprowadzania konkursu ofert**, powierzenie realizacji programu polityki zdrowotnej następuje na podstawie upoważnienia, w którym minister właściwy do spraw zdrowia określa zakres powierzanych zadań oraz okres ich realizacji. Niezależnie od upoważnienia minister właściwy do spraw zdrowia może zawrzeć z realizatorem programu polityki zdrowotnej umowę określającą warunki realizacji powierzonych zadań, z wyłączeniem programów polityki zdrowotnej zleconych Funduszowi.

Podsumowanie

Przedstawione powyżej rozwiązania dotyczą różnych obszarów regulacyjnych i stanowią swego rodzaju „zestaw narzędzi”, które mogą być skuteczne w działaniach zmierzających do osiągnięcia celu jakim jest co najmniej podwojenie liczby osób zgłaszających się na badania profilaktyczne. Część z nich dotyczy zakresu Medycyny Pracy, należy jednak pamiętać, że populacja docelowa dla przesiewowych badań profilaktycznych jest, w niektórych programach znacznie szersza. Narzędzia te mają charakter uniwersalny, możliwość ich zastosowanie nie ogranicza się do jednego konkretnego programu czy grupy wiekowej, jakkolwiek skuteczność ich może być różna dla różnych subpopulacji. Z tego powodu racjonalnym wydaje się zastosowanie maksymalnie dużej liczby narzędzi.. Czy i które z nich zostaną wykorzystane zależy od organizatora i regulatora systemu – Ministra Zdrowia. Ich zastosowania powinno iść w parze ze zwiększeniem środków na badania profilaktyczne, w przypadku powodzenia w działaniu i osiągnięcia celu koszty tylko samych badań mammograficznych podwoją się z 200 mln do 400 mln zł. Do podejmowanych działań muszą zostać włączeni świadczeniodawcy, którzy będą musieli odpowiednio zwiększyć zasoby i zdolność realizacji świadczeń.

Przygotował



lek. Artur Fałek, MBA

Akty prawne

- 1) Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy Dz.U.2025.277 t.j. z dnia 2025.03.06;
- 2) Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy Dz.U.2022.437 t.j. z dnia 2022.02.22;
- 3) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy Dz.U.1996.69.332 z późn. zm.
- 4) Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych Dz.U.2023.1972 z późn. zm.
- 5) Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2004 Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.;
- 6) Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U.1998.137.887 z późn. zm. .
- 7) Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej Dz.U.2025.515 t.j. z dnia 2025.04.18
- 8) Ustawa z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym Dz.U.2024.889 t.j. z dnia 2024.06.17
- 9) Ustawa z dnia 26 maja 2023 r. o aplikacji mObywatel (Dz.U.2023.1234, z późn. zm.),
- 10) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U.2013.1413, z późn. zm.);
- 11) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U.2013.1520, z późn. zm.);
- 12) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U.2013.1096, z późn. zm.);
- 13) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz.U.2013.1505 z późn. zm.);
- 14) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2015, poz. 1400, z późn. zm.),
- 15) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji oraz sposobu i terminów przekazywania tych danych do Systemu Informacji Medycznej (Dz.U.2020.1253, z późn. zm.),

Inne regulacje

- 1) Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia:
 - a) w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna
 - b) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
 - c) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne,

- d) NR 111/2022/DSOZ z dnia 2 września 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne

e) SOK

- w brzmieniu obowiązującym w dniu powstania opinii.

Inne opracowania

- 1) Wyzwania w obszarze finansowania opieki zdrowotnej w kontekście zagrożeń demograficzno-epidemiologicznych; Zespół Doradców Prezesa Pracodawców RP pod kierunkiem: Prof. dr. hab. n. ekon. Jerzego Hausnera; Grupa robocza ds. zdrowia Przewodniczący: Prof. dr hab. n. med. Andrzej M. Fał; Warszawa, grudzień 2023

Streszczenie

- Ekspertyza miała na celu identyfikację barier i dysfunkcjonalności systemu ograniczających ilość wykonywanych badań profilaktycznych;
- Formuła opieki koordynowanej w POZ stwarza możliwości wykrycia i leczenia wybranych chorób, dotychczas nie jest ukierunkowana na profilaktykę pozostałych chorób, w tym chorób nowotworowych.
- Lekarz POZ może i powinien odgrywać kluczową rolę w edukacji pacjenta, budowaniu świadomości zagrożenia chorobami i potrzeby badań profilaktycznych;
- Od jakości wyszkolenia lekarzy POZ, stawianych przed nimi zadań, ich zaangażowania i motywacji zależy uczestnictwo ich podopiecznych w programach badań profilaktycznych a tym samym możliwości i efekty dalszej terapii pacjentów;
- Realizowany od wielu lat program profilaktyki raka piersi został zaprojektowany i był modyfikowany w oparciu o doświadczenia, także innych krajów, w celu zwiększenie wykrywalności nowotworów piersi.
- Zasadniczym problemem jest niewykorzystywanie zaprojektowanej w systemie ścieżki diagnostycznej na etapie wczesnego wykrywania nowotworu przez zbyt niską zgłaszalność;
- Skuteczność stosowanych form promocji badań skryningowych jest ograniczona (podstawową formą jest zaproszenie w formie listu), działania w sferze mediów publicznych prowadzi MZ, NFZ, zarówno Centrala jak i oddziały wojewódzkie, potrzebne są nowe formy i narzędzia;
- W latach 2022 a 2025 odnotowano wyraźny wzrost nakładów na profilaktykę, nie mniej wydatki te są dalej są niewystarczające by profilaktyka mogła odgrywać istotną rolę w modelowaniu opieki zdrowotnej. Nakłady rzędu 0,25% pozostają w dysproporcji zarówno z innymi zakresami świadczeń finansowanymi ze środków publicznych, jaki pozostają w znaczących dysproporcji z wydatkami ponoszonymi na profilaktykę w innych krajach (gdzie w wiodących krajach sięgają 7%).
- Zmiany dokonane w Kodeksie Pracy w 2023 r. rozszerzyły ułatwienia dla pracownika realizującego obowiązkowe badania na osoby spełniające warunki objęcia programem zdrowotnym. W przypadku wyrażenia zgody przez pracownika lekarz przeprowadzający badanie okresowe kieruje pracownika na badanie profilaktyczne
- Badania te są finansowane na zasadach określonych w programie zdrowotnym lub programie polityki zdrowotnej i nie obciążają pracodawcy.
- Obowiązek kierowania pracownika na badania profilaktyczne został już *de jure* ustalony (przez wprowadzenie go w 2023 r. do art. 229 Kodeksu Pracy § 6¹).
- W 2017 r. opublikowany został raport Najwyższej Izby Kontroli p.t.: „Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia”. „W ocenie NIK, niska zgłaszalność na badania przesiewowe w ramach programów profilaktycznych, była jedną z ważniejszych przyczyn braku poprawy wskaźników umieralności z powodu nowotworów jelita grubego, szyjki macicy oraz piersi, a także wskaźnika pięcioletnich przeżyć, tak aby odpowiadały one średniemu poziomowi osiąganemu w krajach Unii Europejskiej
- NIK zarzucał Ministrowi Zdrowia brak wykonania kompleksowych analiz oraz brak działań zmierzających do zwiększenia zgłaszalności na badania profilaktyczne mimo, że w dokumentach strategicznych wskazano, że zmiany w programach powinny prowadzić do zwiększenia zgłaszalności na badania.
- Działania Ministra Zdrowia polegające na zobowiązaniu realizatorów programów do podejmowania działań zmierzających do zwiększenia zgłaszalności pacjentek NIK uznała za niewystarczające.
- Populacja kobiet w wieku 45-74 lat w 2024 r wg GUS wynosiła - 7 676 829 osób.
- Wskaźnik zgłaszalność w skali Kraju wyniósł 35%. Jest to ½ wartości pożądanej by uzyskać poprawę wskaźników umieralności z powodu nowotworów piersi, a także wskaźnika pięcioletnich przeżyć,

- odsetek kobiet poddających się badaniu w grupie wiekowej 50-59 jest najniższy, kolejną grupą z niskim odsetkiem jest grupa 45-49 lat. Kobiety w wieku produkcyjnym badają się mniej chętnie, trend jest widoczny we wszystkich województwach. Powyższe uzasadnia poszukiwanie rozwiązań promujących udział w badaniach profilaktycznych w obszarze medycyny pracy, niemniej konieczne są inicjatywy oddziałujące na całą populację docelową.
- We wszystkich województwach najwyższy odsetek kobiet biorących udział w badaniach stanowią kobiety w grupie 70-74 lat.
- Województwa, w których odsetki we wszystkich grupach są niższe – są to województwa: świętokrzyskie, opolskie i małopolskie.

Dysfunkcjonalności obecnego systemu

- niewystarczająca edukacja zdrowotna w zakresie profilaktyki chorób, w tym chorób onkologicznych,
- niewystarczające działania Ministra Zdrowia w obszarze PR w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych,
- wdrożony system zachęt dla lekarzy rodzinnych w zakresie promowania profilaktyki chorób onkologicznych jest nieefektywny,
- włączenie badań profilaktycznych rozumianych szerzej niż profilaktyka chorób zawodowych do zakresu działań medycyny pracy jest niekompletne i zbyt mało zdecydowane,
- brakuje powiązania służby medycyny pracy z całością systemu zarówno w sensie organizacji udzielania świadczeń, logicznej komplementarności świadczeń i systemu informacyjnego, a także możliwości finansowania świadczeń z zakresu edukacji i promocji zdrowia, które mogłyby/miałyby być udzielane w powiązaniu z badaniami realizowanymi przez służbę medycyny pracy.
- Brakuje inicjatyw w zakresie nowych form mobilizacji populacji docelowej do udziału w programie,
- Brakuje powiązania działań profilaktycznych z Krajową Siecią Onkologiczną.

Proponowane rozwiązania

- należy rozważyć wprowadzenie edukacji np. w postaci prelekcji nt. profilaktyki chorób, która byłaby prowadzona w ośrodkach medycyny pracy;
- należy wprowadzić porady edukacyjne w zakresie profilaktyki, także jako ww. prelekcje, do POZ;
- należy włączyć podmioty, lekarzy i pielęgniarki służby medycyny pracy do grona podmiotów i osób uprawnionych do realizowania części uprawnień/świadczeń w systemie ubezpieczenia zdrowotnego, np. kierowania do konsultacji specjalistycznych, diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej finansowanej ze środków publicznych;
- włączenie medycyny pracy do Systemu Informacji Medycznej SIM jest możliwe (a w zasadzie jest obowiązkiem!) na gruncie obowiązujących przepisów. Wymaga to uzyskania przez podmioty udzielające świadczeń z tego zakresu certyfikatu do uwierzytelniania danych, który wydaje CeZ. Koszty dostosowania musiałyby ponieść ośrodki medycyny pracy i lekarze medycyny pracy;
- należy rozważyć uzupełnienie obowiązku działań profilaktycznych gratyfikacją finansową dla lekarza medycyny pracy. Potencjalnym źródłem finansowania mógłby być Fundusz Medyczny - subfundusz rozwoju profilaktyki.
- do rozważenia zmniejszenie obciążeń pracodawców - obniżenie składki rentowej (opłacanej przez pracodawcę) w przypadku w którym pracownik uczestniczył we wszystkich programach polityki zdrowotnej i programach zdrowotnych, do których się kwalifikuje, po to by wytworzyć presję ze strony pracodawców na pracowników, by ci wykonywali badania profilaktyczne;
- aby ułatwić dostęp do badań profilaktycznych a jednocześnie zwiększyć efektywność kosztów ponoszonych przez pracodawców, związanych z zachowaniem prawa do należałoby rozważyć zasadność kontraktowania świadczeń z zakresu profilaktyki z podmiotami, które realizują wszystkie

badania profilaktyczne objęte programami, a same badania pakietować wg właściwości wieku i płci, po to by pacjent w jednym ośrodku mógł mieć wykonane jednocześnie wszystkie badania.

- skierowanie na badania profilaktyczne powinny być wystawiane przez każdego lekarza, także przez Ministerstwo Zdrowia (tak jak to się dzieje w przypadku skierowań na szczepienia p/Covid 19);
- należy wymagać wypełnienia obowiązku powszechnego dostępu do systemu e- skierowanie, skierowanie widoczne będzie wówczas na Internetowym Koncie Pacjenta i przesłane kanałami informacyjnymi związanymi z IKP:
- aplikacja mojejIKP mogłaby okresowo przypominać świadczeniobiorcy o:
 - aktywnym e-Skierowaniu na badania profilaktyczne,
 - spełnianiu kryteriów kwalifikacji do programu badań profilaktycznych,
 - zbliżającym się terminie, w którym badanie powinno zostać wykonane
 - dzięki połączeniu z systemem e-rejestracja (obecnie w pilotażu obejmuje także mammografię) wskazanie świadczeniodawców i terminów, w których możliwe jest badanie.
 - W aplikacji mogłyby pojawiać się krótkie wiadomości o walorze edukacyjnym.

Ważne jest, żeby przekazywana informacja miała praktyczny walor użytkowy.

- Ważne jest wykorzystywanie wszystkich możliwych kanałów informacyjnych
- Aplikacja m-Obywatel mogłaby przypominać świadczeniobiorcy o:
 - aktywnym e-Skierowaniu na badania profilaktyczne,
 - kwalifikowaniu się do programu badań profilaktycznych,
 - kierować do IKP,
 - kierować bezpośrednio do podstrony gdzie można ustalić miejsce i czas badania.
- zmiana wyceny badania, rozszerzenie zakresu świadczeń, podniesienie wyceny punktowej poprawi relację „opłacalności” procedury, powinno być powiązane np. ze zwiększeniem wymogów o zadanie edukacyjne. Obowiązek zapraszania na badania przez realizatorów badań profilaktycznych, można rozszerzyć o wymóg rozpowszechniania praktycznych informacji o badaniach: w lokalnych mediach – lokalne gazety, rozgłoszenie radiowe- np. info o terminach badań w mammobusie na Facebook’u, platformie X (Tweeter):
- Presja ze strony Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących - zapisanie w zadaniach WOM współpracy ze świadczeniodawcami nie tylko z zakresu POZ ale dodatkowo z zakresu profilaktyki onkologicznej.
- Nagradzanie świadczeniobiorców za udział w badaniach profilaktycznych. Propozycja opiera się na powstaniu nowego programu polityki zdrowotnej – organizowanego przez Ministra Zdrowia pod tytułem np.: „Zbadaj się - to się podwójnie opłaca”. Organizatorem programu będzie Minister Zdrowia, operatorem technicznym jest Centrum e-zdrowia. Koszty CeZ powinny być pokryte ze środków Funduszu Medycznego. Minister Zdrowia zaprasza do partnerstwa w programie podmioty niebędące spółkami Skarbu Państwa, prowadzące handel elektroniczny towarami i usługami, które deklarują przystąpienie do programu jako jego partner. Partnerzy programu wnoszą do programu deklarację benefitów możliwych do wykorzystania przez świadczeniobiorcę, których liczbę, formę i wartość określają samodzielnie.

Przedstawione powyżej rozwiązania dotyczą różnych obszarów regulacyjnych i stanowią swego rodzaju „zestaw narzędzi”, które mogą być skuteczne w działaniach zmierzających do osiągnięcia celu jakim jest co najmniej podwojenie liczby osób zgłaszających się na badania profilaktyczne. Narzędzia te mają charakter uniwersalny, możliwość ich zastosowanie nie ogranicza się do jednego konkretnego programu czy grupy wiekowej. Ich zastosowania powinno iść w parze ze zwiększeniem środków na badania profilaktyczne, w przypadku powodzenia w działaniu i osiągnięcia celu koszty tylko samych badań mammograficznych podwoją się z ok 200 mln do 400 mln zł. Do podejmowanych działań muszą zostać włączeni świadczeniodawcy, którzy będą musieli odpowiednio zwiększyć zasoby i zdolność realizacji świadczeń.