



Minister Zdrowia

DLG.050.29.2025.MGL
Warszawa, 04 kwietnia 2025

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w odpowiedzi na interpelację nr 8076 z dnia 24.02.2025 r. przekazaną przez Grupę Posłów na Sejm RP w sprawie opieki nad pacjentem z przewlekłą chorobą nerek (PChN), a także w ślad za prolongatą terminu udzielenia odpowiedzi na ww. interpelację do 4 kwietnia 2025 r., uprzejmie informuję.

Odpowiadając na pytanie 1, uprzejmie informuję, że aktualnie w Ministerstwie Zdrowia nie jest planowane przeprowadzenie akcji informacyjnej na temat chorób nerek połączonej z badaniami przesiewowymi pozwalającymi rozpoznawać PChN. Obecnie realizowane działania promocyjno – edukacyjne wynikają ze strategicznych dokumentów, dotyczących systemowych rozwiązań związanych z realizacją świadczeń onkologicznych i kardiologicznych.

Odpowiadając na pytanie 2 i 4, należy wskazać, że na mocy przepisów nowelizujących rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r., poz. 2226 z późn. zm.), które weszły w życie z dniem 1 listopada 2023 r., katalog świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) został rozszerzony o świadczenia opieki koordynowanej z zakresu diagnostyki i leczenia przewlekłej choroby nerek. Tym samym świadczeniobiorcy uzyskali dostęp do większej liczby świadczeń specjalistycznych, które mogą być zrealizowane już podczas wizyty u lekarza POZ, bez konieczności oczekiwania na ich realizację u lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), co w konsekwencji powinno przyczynić się do szybszego postawienia diagnozy i rozpoczęcia właściwego leczenia choroby wykrytej we wczesnym stadium. Ponadto, w związku z realizacją świadczeń opieki koordynowanej z zakresu nefrologii w ramach POZ, należy wskazać, że przedmiotowa zmiana zwiększająca kompetencje lekarza POZ w zakresie diagnozowania i leczenia świadczeniobiorców ze schorzeniami nefrologicznymi, dotyczy także świadczeniobiorców pediatrycznych, poprzez umożliwienie realizacji konsultacji specjalistycznych w dziedzinie m.in. nefrologii dziecięcej. Jednocześnie do wykazu badań, na które kieruje lekarz POZ dodane zostały świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia przewlekłej choroby nerek, co jest odpowiedzią na wnioski ekspertów podczas prac nad przedmiotową zmianą rozporządzenia i dotyczy problemu niskiej wykrywalności przewlekłej choroby nerek we wczesnym stadium choroby, kiedy nie daje

ona wyraźnych objawów. W diagnostyce wczesnych nefropatii lekarze POZ mogą kierować na badanie ACR w moczu (albumina/kreatynina w moczu), które jest parametrem diagnostycznym stosowanym przed wejściem w życie omawianej zmiany wyłącznie przez lekarzy specjalistów. W zakres świadczenia opieki koordynowanej w nefrologii w ramach POZ wchodzi poza ww. badaniami i poradą kompleksową, również niezbędne konsultacje specjalistyczne, porady edukacyjne, konsultacje dietetyczne jak i opracowanie indywidualnego planu opieki medycznej zawierającego zalecenia z wizyt i badań kontrolnych oraz zrealizowanych konsultacji.

Natomiast jeśli cel leczenia nie może zostać osiągnięty w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, wówczas lekarz POZ kieruje świadczeniobiorcę do leczenia w warunkach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w ramach której świadczeniobiorcy z przewlekłą chorobą nerek mają dostęp do porad specjalistycznych „Nefrologia” oraz „Nefrologia dla dzieci”. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357 z późn. zm.) zawiera szeroki katalog procedur medycznych, które mogą być stosowane w diagnostyce i leczeniu chorób nerek, zgodnie z zaleceniami wynikającymi z aktualnej wiedzy medycznej, w tym:

1. Dializa otrzewnowa (świadczenie obejmuje m.in. badanie konsultacyjne i kwalifikację do leczenia dializą otrzewnową, pobranie płynu otrzewnowego, konsultacje nefrologiczne połączone z wymianą opatrunku przy cewniku oraz pobraniem krwi, zaopatrzenie w domu w płyny dializacyjne, dreny oraz inne niezbędne materiały, monitorowanie i leczenie niedokrwistości);
2. Hemodializa/hemodializa z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru (świadczenie obejmuje m.in. badanie lekarskie i przygotowanie pacjenta, podłączenie pacjenta do aparatu sztucznej nerki, zabieg hemodializy oraz kontrolę parametrów dializacyjnych i życiowych pacjenta, badania laboratoryjne i konsultacje, badania bakteriologiczne i biochemiczne, transport pacjenta do/ze stacji dializ);
3. Hemodiafiltracja (HDF) (świadczenie obejmuje m.in. badanie lekarskie i przygotowanie pacjenta, podłączenie pacjenta do aparatu sztucznej nerki, zabieg hemodializy oraz kontrolę parametrów dializacyjnych i życiowych pacjenta, badania laboratoryjne i konsultacje, badania bakteriologiczne i biochemiczne, transport pacjenta do/ze stacji dializ).

Ponadto, jeśli cel leczenia nie może zostać osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych, wówczas lekarz POZ lub lekarz specjalista kieruje świadczeniobiorcę do leczenia szpitalnego. Szczegółowe warunki realizacji i przebiegu procesu diagnostyczno – leczniczego w trybie hospitalizacji lub hospitalizacji planowej w poszczególnych specjalnościach, także dla świadczeń nefrologicznych, w tym leczenia nerkozastępczego, określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r., poz. 870 z późn.zm.).

Warto również zauważyć, że jak wynika z przedmiotowego rozporządzenia, świadczeniodawcy podczas realizacji świadczeń gwarantowanych mogą wziąć pod uwagę zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, które zostały ogłoszone na podstawie art. 11 ust 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146). Tym samym zmiany w zakresie standardów dotyczących diagnostyki i leczenia poszczególnych jednostek chorobowych, mogą odbywać się na podstawie zaleceń opracowanych przez odpowiednie stowarzyszenia będące towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszające specjalistów w danej dziedzinie medycyny, pod warunkiem ich ogłoszenia w drodze obwieszczenia przez Ministra Zdrowia, który dokonuje tej czynności po zasięgnięciu opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT).

Uwzględniając powyższe, najistotniejszą kwestią związaną z opieką nad pacjentami z chorobami nerek jest zatem rozpoznanie PChN na jak najwcześniejszym etapie, czyli na etapie lekarza pierwszego kontaktu. Pacjenci z PChN powinni być w szczególności pod stałą opieką swojego lekarza rodzinnego z uwagi na jednoczesne leczenie chorób będących przyczyną PChN, takich jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze jak i choroby serca w ramach opieki koordynowanej w POZ.

Odpowiadając na pytanie 3, uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia nie planuje obecnie wprowadzenia dodatkowych zmian w prawno – organizacyjnych związanych z udzielaniem świadczeń w zakresie opieki nad pacjentami z PChN, przynajmniej do czasu zakończenia trwających prac w tym obszarze w ramach odwróconej piramidy świadczeń (OPS), których celem jest przeniesienie ciężaru realizacji świadczeń z lecznictwa szpitalnego do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej.

Odpowiadając na pytanie 5, uprzejmie informuję, że finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r., poz. 146), Narodowy Fundusz Zdrowia posiada kompetencje do monitorowania oraz oceny jakości i dostępności do świadczeń na terenach poszczególnych województw.

Należy ponadto wskazać, że zgodnie z głównymi założeniami ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2023 r. poz. 2465), jednym z najważniejszych zadań współczesnego państwa obywatelskiego jest zapewnienie wszystkim obywatelom, podmiotom gospodarki narodowej, a także aparatowi państwa dostępu do informacji, przy jednoczesnym zachowaniu warunków i mechanizmów prawnych gwarantujących bezpieczeństwo informacyjne. Zgodnie z art. 19 przedmiotowej ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, minister właściwy do spraw zdrowia tworzy i prowadzi rejestry medyczne w następujących celach:

1. Monitorowania zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej.
2. Monitorowania stanu zdrowia usługobiorców.
3. Prowadzenia profilaktyki zdrowotnej lub realizacji programów zdrowotnych albo programów polityki zdrowotne.
4. Monitorowania i oceny bezpieczeństwa, skuteczności, jakości i efektywności kosztowej badań diagnostycznych lub procedur medycznych.
5. Monitorowania jakości świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą - może tworzyć i prowadzić albo tworzyć i zlecać prowadzenie rejestrów medycznych, stanowiących uporządkowany zbiór danych osobowych, w tym jednostkowych danych medycznych.

Podmioty prowadzące bazy danych w zakresie ochrony zdrowia są obowiązane do stworzenia warunków organizacyjnych i technicznych zapewniających ochronę przetwarzanych danych, w szczególności zabezpieczenia danych przed nieuprawnionym dostępem, nielegalnym ujawnieniem lub pozyskaniem, a także ich modyfikacją, uszkodzeniem, zniszczeniem lub utratą.

Zasadność tworzenia rejestrów wynika przede wszystkim z konieczności pozyskiwania danych w ww. obszarach, tym samym rejestry nie są tworzone w sytuacji, gdy pożądaną dane są możliwe do pozyskania w ramach istniejących baz danych w ochronie zdrowia w ramach Systemu Informacji Medycznej (SIM) jak i dziedzinowych systemów teleinformatycznych, których wykaz został określony na podstawie art. 5 ww. ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Jerzy Szafranowicz
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/