

**ZARZĄDZENIE 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**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

**Rozdział 1.
Postanowienia ogólne**

§ 1. Zarządzenie określa:

- 1) przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) szczegółowe warunki umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne - w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne.

§ 2. 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) **karta diagnostyki i leczenia onkologicznego** – dokument, o którym mowa w art. 32a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;
- 3) **katalog zakresów i świadczeń** – wykaz zakresów świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez świadczeniodawcę w rodzaju świadczeń: programy zdrowotne - w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne, stanowiący **załącznik nr 1** do zarządzenia;
- 4) **Oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Funduszu;
- 5) **ogólne warunki umów** – ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określone w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia wydanym na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach;
- 6) **rodzaj świadczeń** – rodzaj, o którym mowa w ogólnych warunkach umów;
- 7) **rozporządzenie** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 8) **zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa w ogólnych warunkach umów.

2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu oraz w ogólnych warunkach umów.

**Rozdział 2.
Przedmiot postępowania i umowy**

§ 3. 1. Przedmiotem postępowania, o którym mowa w § 1 pkt 1, jest wyłonienie świadczeniodawców do udzielania świadczeń w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne obejmujących:

- 1) program profilaktyki raka szyjki macicy, którego warunki finansowania określone są w **załączniku nr 3** do zarządzenia;

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2021 r. poz. 1292, 1559, 1773, 1834, 1981, 2120, 2232 i 2270 oraz z 2022 r. poz. 64, 91, 526, 583, 658, 655, 807, 974, 1002, 1079, 1265, 1352 i 1700.

- 2) program profilaktyki raka piersi, którego warunki finansowania określone są w **załączniku nr 4** do zarządzenia;
- 3) program badań prenatalnych, którego warunki finansowania określone są w **załączniku nr 5** do zarządzenia;
- 4) program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, zwanej dalej „POCHP”), którego warunki finansowania określone są w **załączniku nr 6** do zarządzenia;
- 5) program badań przesiewowych raka jelita grubego, którego warunki finansowania określone są w **załączniku nr 7** do zarządzenia.

2. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) - (Dz. Urz. UE L 340 z dnia 16.12. 2002, str. 1 i n., z późn. zm.) oraz z zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy o świadczeniach, przedmiotem umów objęte są następujące nazwy i kody:

- 1) 85143000-3 Usługi ambulatoryjne;
- 2) 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne.

§ 4. 1. Postępowanie, o którym mowa w § 1 pkt 1, ma na celu wyłonienie świadczeniodawców do realizacji świadczeń na obszarze terytorialnym:

- 1) województwa;
- 2) więcej niż jednego powiatu;
- 3) powiatu;
- 4) więcej niż jednej gminy;
- 5) gminy;
- 6) więcej niż jednej dzielnicy;
- 7) dzielnicy.

2. Porównanie ofert w toku postępowania, o którym mowa w § 1 pkt 1, następuje zgodnie z art. 148 ustawy o świadczeniach, w tym z przepisami wydanymi na podstawie art. 148 ust. 3 tej ustawy.

Rozdział 3. **Szczegółowe warunki umowy**

§ 5. 1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranej w rodzaju programu zdrowotne - w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne, zwanej dalej „umową”, jest realizacja świadczeń profilaktyki pierwotnej i wtórnej, udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w zakresach, o których mowa w § 3 ust. 1, określonych w **załączniku nr 1** do zarządzenia.

2. Wzór umowy stanowi **załącznik nr 2** do zarządzenia.

3. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają pisemnej zgody Prezesa Funduszu.

§ 6. 1. Świadczeniodawca realizujący umowę obowiązany jest spełniać wymagania określone w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu.

2. Konieczność spełniania wymagań, o których mowa w ust. 1, dotyczy każdego miejsca udzielania świadczeń, w którym realizowana jest umowa.

§ 7. 1. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, którego wzór określony jest w **załączniku nr 3** do umowy.

2. Dopuszcza się zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie części zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.

3. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego wymagania, o których mowa w § 6.

4. Umowa zawarta między świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy w zakresie wynikającym z umowy, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach.

5. Fundusz obowiązany jest do poinformowania świadczeniodawcy o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli wszystkich podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń (w szczególności podwykonawcy) oraz o jej wynikach.

§ 8. 1. Fundusz nie finansuje świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w związku z prowadzeniem eksperymentu medycznego, w tym badania klinicznego, których finansowanie określają odrębne przepisy.

2. Przy udzielaniu świadczeń, świadczeniodawca obowiązany jest do weryfikacji, z uwzględnieniem przepisów art. 50 ustawy o świadczeniach, prawa świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. W celu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 2, świadczeniodawca obowiązany jest do uzyskania we właściwym Oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, zgodnie z art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach.

4. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 3, świadczeniodawca składa w Oddziale Funduszu wniosek, w terminie 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

5. W przypadku niedopełnienia przez świadczeniodawcę obowiązku określonego w ust. 3, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną, o której mowa w § 6 ust. 4 **załącznika nr 2** do zarządzenia, stanowiącego wzór umowy.

6. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji przez świadczeniodawcę udzielania świadczeń na podstawie kolejnej umowy zawartej z Funduszem, upoważnienie, o którym mowa w ust. 3, uzyskane w związku z zawarciem poprzedniej umowy, zachowuje ważność.

7. W przypadku, gdy świadczeniodawca udziela świadczeń profilaktycznych w zakresach:

- 1) program profilaktyki raka szyjki macicy - etap pogłębionej diagnostyki,
- 2) program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy,
- 3) program profilaktyki raka piersi - etap pogłębionej diagnostyki,
- 4) program badań przesiewowych raka jelita grubego

– konieczna jest dodatkowo weryfikacja uprawnień do udzielenia świadczenia profilaktycznego, dokonana w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki (SIMP) poprzez aplikację internetową udostępnioną przez Oddział Funduszu.

§ 9. 1. Świadczenia objęte przedmiotem umowy, z zastrzeżeniem ust. 2, udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje zgodnie z „Harmonogramem – zasoby”, którego wzór jest określony w **załączniku nr 2** do umowy.

2. W przypadku świadczeniodawcy realizującego program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy w trybie mobilnym, wzór harmonogramu, o którym mowa w ust. 1, stanowi **załącznik nr 2a** do umowy. Propozycje harmonogramu zgodnie ze wzorem określonym w **załączniku nr 2a** do umowy, dla poszczególnych mammbusów, świadczeniodawca wprowadza do Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP) i zatwierdza dane w aplikacji. Oddział Funduszu, po dokonaniu oceny zabezpieczenia świadczeń w przedmiotowym zakresie, akceptuje w systemie zaproponowane przez świadczeniodawców harmonogramy udzielania świadczeń w całości lub w części. W przypadku niepełnego zabezpieczenia świadczeń, Oddział Funduszu może wskazać świadczeniodawcy propozycję zmiany niektórych miejsc pobyków mammbusów. Ustalone w wyniku porozumienia pomiędzy Oddziałem Funduszu, a świadczeniodawcą zmiany, świadczeniodawca wprowadza do SIMP i zatwierdza. Po zaakceptowaniu wszystkich pobyków przez Oddział Funduszu, świadczeniodawca zobowiązany jest do przekazania podpisanego dokumentu do Oddziału Funduszu.

3. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń zgodnie z „Harmonogramem – zasoby”, stanowiącym **załącznik nr 2** lub **2a** do umowy.

4. Strony umowy obowiązane są zaakceptować harmonogram, o którym mowa w ust. 2, przed rozpoczęciem kwartału, którego dotyczy harmonogram. Termin ten może nie być zachowany w przypadku zawarcia:

- 1) aneksu do umowy wieloletniej lub
- 2) nowej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w rodzaju programy zdrowotne - w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne.

5. W przypadku, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca wprowadza dane o pobytach mammobusów, zgodnie ze wzorem określonym w **załączniku nr 2a** do umowy, z wykorzystaniem SIMP, niezwłocznie po udostępnieniu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w SIMP.

6. Zobowiązania świadczeniodawcy wynikające z innych umów o udzielanie świadczeń nie mogą ograniczać dostępu świadczeniobiorców do świadczeń w zakresie stanowiącym przedmiot umowy.

7. W przypadku nieobecności lekarza lub osoby realizującej świadczenia, świadczeniodawca obowiązany jest poinformować świadczeniobiorców o sposobie zorganizowania opieki w tym okresie. Informację, o której mowa w zdaniu pierwszym, udostępnia się w miejscu udzielania świadczeń oraz w siedzibie świadczeniodawcy.

§ 10. 1. Warunki rozliczania świadczeń określone są w ogólnych warunkach umów oraz w umowie.

2. Jednostką rozliczeniową służącą do rozliczania świadczeń, o których mowa w § 3 ust. 1, jest punkt.

3. Podstawą rozliczania świadczeń za dany okres sprawozdawczy są jednostki rozliczeniowe odpowiadające wybranym świadczeniom określonym w **załączniku nr 1** do zarządzenia, zatwierdzone w wyniku weryfikacji danych raportu statystycznego w systemie informatycznym Funduszu.

4. W przypadku prowadzenia sprawozdawczości dotyczącej realizacji programu w formie elektronicznej, tj. w SIMP, za przekazanie raportu statystycznego, o którym mowa w ogólnych warunkach umów, uważa się wypełnienie i zatwierdzenie odpowiednich pól aplikacji.

5. Liczba i cena jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania Funduszu są określone w planie rzeczowo - finansowym, którego wzór określony jest w **załączniku nr 1** do umowy.

§ 11. 1. Świadczeniodawca obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:

- 1) kod rozpoznania zasadniczego według klasyfikacji ICD-10;
- 2) kody istotnych procedur medycznych, według wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9;
- 3) tydzień trwania ciąży w przypadku sprawozdawania świadczeń „5.19.00.0000033 - Badanie ultrasonograficzne I trymestru” oraz „5.19.00.0000034 - Badanie ultrasonograficzne II trymestru”, w ramach programu badań prenatalnych.

2. W przypadku, gdy dla programu profilaktycznego zostały określone wzory sprawozdań merytorycznych z jego realizacji, świadczeniodawca przedstawia Oddziałowi Funduszu zbiorcze sprawozdanie merytoryczne za każdy kwartał, w terminie 30 dni od dnia zakończenia kwartału, a za cały okres rozliczeniowy w terminie 45 dni od dnia zakończenia tego okresu. W przypadku określenia przez Fundusz formatu przekazywania powyższych danych, są one przekazywane wraz z raportem statystycznym w wersji elektronicznej.

3. Sprawozdania, o których mowa w ust. 2, winny być zgodne pod względem liczby wykazanych świadczeń z raportem statystycznym, o którym mowa w § 10 ust. 3.

4. Przy rozliczaniu świadczeń nie dopuszcza się możliwości sumowania z analogicznymi świadczeniami w innych rodzajach świadczeń.

§ 12. W celu oceny realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych monitorowaniu podlegają w szczególności następujące parametry:

- 1) zgłaszalność osób do tych programów;
- 2) efekty realizacji poszczególnych programów, w tym w szczególności:
 - a) liczba osób z nieprawidłowymi wynikami badań,

- b) liczba osób z rozpoznaniem schorzenia stanowiącego przedmiot programu,
 - c) koszt zdiagnozowania osoby z wynikiem dodatnim;
- 3) dodatkowe parametry dotyczące jakości realizacji świadczeń, określone w **załącznikach nr 3, 4 i 7** do zarządzenia.

Rozdział 4.

Postanowienia końcowe

§ 13. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne, zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, zachowują ważność przez okres na jaki zostały zawarte i mogą być zmieniane.

§ 14. Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, stosuje się przepisy dotychczasowe, z tym że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne zawiera się zgodnie ze wzorem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonym w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia.

§ 15. Zobowiązuje się dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia do wprowadzenia zmian wynikających z wejścia w życie przepisów zarządzenia do postanowień umów, o których mowa w § 13.

§ 16. Traci moc zarządzenie Nr 168/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne.

§ 17. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Bernard Waśko
wz. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
/Dokument podpisano elektronicznie/

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr 111/2022/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 2 września 2022 r.

PROGRAMY ZDROWOTNE - PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE - KATALOG ZAKRESÓW I ŚWIADCZEŃ

L. p.	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	Kod świadczenia	Nazwa świadczenia	Waga punktowa świadczenia
1	10.7000.156.02	PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY - ETAP DIAGNOSTYCZNY	5.12.00.0000006	PROCEDURA DIAGNOSTYCZNA W PROGRAMIE PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY	2,63
2	10.0000.156.02	PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY - ETAP POGLĘBIONEJ DIAGNOSTYKI	5.12.00.0000052	KOLPOSKOPIA	11,00
			5.12.00.0000053	KOLPOSKOPIA Z CELOWANYM POBRANIEM WYCINKÓW I BADANIEM HISTOPATOLOGICZNYM	31,00
3a	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
3b	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
4	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
			5.12.00.0000061	BIOPSJA CIENKOIGŁOWA JEDNEJ ZMIANY OGNISKOWEJ Z UŻYCIEM TECHNIKI OBRAZOWEJ, Z BADANIEM CYTOLOGICZNYM (2-4 ROZMAZY; KONIECZNA DOKUMENTACJA FOTOGRAFICZNA KOŃCA IGŁY W NAKŁUWANEJ ZMIANIE)	15,00
			5.12.00.0000062	BIOPSJA GRUBOIGŁOWA PIERSI PRZEZSKÓRNA Z PEŁNĄ DIAGNOSTYKĄ (BADANIE HIST.-PAT.) Z UŻYCIEM TECHNIK OBRAZOWYCH	31,50
5	10.4450.159.02	PROGRAM BADAŃ PRENATALNYCH	5.19.00.0000025	PORADA GENETYCZNA - PROGRAM NFZ	6,30

			5.19.00.0000002	BADANIA BIOCHEMICZNE - AFP	7,35
			5.19.00.0000003	BADANIA BIOCHEMICZNE - PAP P-A	16,80
			5.19.00.0000004	BADANIA BIOCHEMICZNE - BETA-HCG	5,25
			5.19.00.0000005	BADANIA BIOCHEMICZNE - ESTRIOL	5,25
			5.19.00.0000033	BADANIE ULTRASONOGRAFICZNE I TRYMESTRU	28,35
			5.19.00.0000034	BADANIE ULTRASONOGRAFICZNE II TRYMESTRU	28,35
			5.19.00.0000026	BADANIA GENETYCZNE OBEJMUJĄCE CYTOGENETYCZNĄ, MOLEKULARNĄ I BIOCHEMICZNĄ OCENĘ MATERIAŁU PŁODOWEGO - PROGRAM NFZ	126,00
			5.19.00.0000027	AMNIOPUNKCJA - PROGRAM NFZ	31,50
			5.19.00.0000028	BIOPSJA TROFOBLASTU - PROGRAM NFZ	31,50
			5.19.00.0000029	KORDOCENTEZA - PROGRAM NFZ	31,50
			5.19.00.0000039	PODANIE IMMUNOGLOBULINY ANTY-RhD PACJENTCE RhD-UJEMNEJ po inwazyjnej diagnostyce prenatalnej. Świadczenie polega na podaniu immunoglobuliny anti-RhD zgodnie z aktualnymi zaleceniami konsultantów krajowych w dziedzinie położnictwa i ginekologii, transfuzjologii klinicznej oraz perinatologii. Świadczenie rozliczane na podstawie faktury (konieczność udokumentowania zakupu fakturą/ rachunkiem). Obejmuje koszt immunoglobuliny anti-RhD, w wysokości nieprzekraczającej urzędowej ceny zbytu dla dawki 50 mcg/ml określonej w załączniku do obowiązującego obwieszczenia Ministra Zdrowia*) z uwzględnieniem przepisów art. 9 Ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych z dnia 12 maja 2011 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 784 z późn. zm.). Wymagane wskazanie procedury wg ICD-9 - 99.111.	1,00
5a	10.1450.159.02	PROGRAM BADAŃ PRENATALNYCH - część położniczo-ginekologiczna	5.19.00.0000002	BADANIA BIOCHEMICZNE - AFP	7,35
			5.19.00.0000003	BADANIA BIOCHEMICZNE - PAP P-A	16,80
			5.19.00.0000004	BADANIA BIOCHEMICZNE - BETA-HCG	5,25
			5.19.00.0000005	BADANIA BIOCHEMICZNE - ESTRIOL	5,25
			5.19.00.0000033	BADANIE ULTRASONOGRAFICZNE I TRYMESTRU	28,35
			5.19.00.0000034	BADANIE ULTRASONOGRAFICZNE II TRYMESTRU	28,35
			5.19.00.0000027	AMNIOPUNKCJA - PROGRAM NFZ	31,50

			5.19.00.0000028	BIOPSJA TROFOBLASTU - PROGRAM NFZ	31,50
			5.19.00.0000029	KORDOCENTEZA - PROGRAM NFZ	31,50
			5.19.00.0000039	PODANIE IMMUNOGLOBULINY ANTY-RhD PACJENTCE RhD-UJEMNEJ po inwazyjnej diagnostyce prenatalnej. Świadczenie polega na podaniu immunoglobuliny anty-RhD zgodnie z aktualnymi zaleceniami konsultantów krajowych w dziedzinie położnictwa i ginekologii, transfuzjologii klinicznej oraz perinatologii. Świadczenie rozliczane na podstawie faktury (konieczność udokumentowania zakupu fakturą/ rachunkiem). Obejmuje koszt immunoglobuliny anty-RhD, w wysokości nieprzekraczającej urzędowej ceny zbytu dla dawki 50 mcg/ml określonej w załączniku do obowiązującego obwieszczenia Ministra Zdrowia*) z uwzględnieniem przepisów art. 9 Ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych z dnia 12 maja 2011 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 784 z późn. zm.). Wymagane wskazanie procedury wg ICD-9 - 99.111.	1,00
5b	10.1210.159.02	PROGRAM BADAŃ PRENATALNYCH - część genetyczna	5.19.00.0000025	PORADA GENETYCZNA - PROGRAM NFZ	6,30
			5.19.00.0000026	BADANIA GENETYCZNE OBEJMUJĄCE CYTOGENETYCZNĄ, MOLEKULARNĄ I BIOCHEMICZNĄ OCENĘ MATERIAŁU PŁODOWEGO - PROGRAM NFZ	126,00
6	10.0010.162.02	PROGRAM PROFILAKTYKI CHORÓB ODTYTONIOWYCH (W TYM POCHP) - ETAP PODSTAWOWY	5.01.00.0000049	PORADNICTWO ANTYNIKOTYNOWE	2,10
			5.01.00.0000050	PORADNICTWO ANTYNIKOTYNOWE Z WYKONANIEM BADANIA SPIROMETRYCZNEGO	4,20
7	10.0000.163.02	PROGRAM PROFILAKTYKI CHORÓB ODTYTONIOWYCH (W TYM POCHP) - ETAP SPECJALISTYCZNY	5.12.00.0000064	PORADA WSTĘPNA NA ETAPIE SPECJALISTYCZNYM	5,25
			5.12.00.0000065	PORADA KONTROLNA NA ETAPIE SPECJALISTYCZNYM (po 3, 6, 12 m-cach)	4,20
			5.12.00.0000016	PORADA KONTROLNA W CYKLU LECZENIA FARMAKOLOGICZNEGO	2,10
			5.12.00.0000017	PORADA KONTROLNA W CYKLU PSYCHOTERAPII GRUPOWEJ LUB INDYWIDUALNEJ	2,10
			5.12.00.0000059	SESJA PSYCHOTERAPII GRUPOWEJ (UDZIAŁ 1 OSOBY)	0,84
			5.12.00.0000018	SESJA PSYCHOTERAPII INDYWIDUALNEJ	4,20
8	10.7910.155.02	PROGRAM BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA	5.12.00.0000068	KOLONOSKOPIA DIAGNOSTYCZNA W PROGRAMIE BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO	37,5
			5.12.00.0000069	KOLONOSKOPIA DIAGNOSTYCZNA Z BIOPSJĄ (Z	54,0

		GRUBEGO		BADANIEM HIST-PAT) W PROGRAMIE BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO	
			5.12.00.0000070	KOLONOSKOPIA Z POLIPEKTOMIĄ JEDNEGO LUB WIĘCEJ POLIPÓW DO 15 MM DŁUGOŚCI, ZA POMOCĄ PĘTLI DIATERMICZNEJ (Z BADANIEM HIST-PAT) W PROGRAMIE BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO	115,1
			5.12.00.0000071	ZNIECZULENIE (SEDACJA) W PROGRAMIE BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO	19,4
			5.12.00.0000072	KONSULTACJA WYNIKÓW Z WYDANIEM DAJSZYCH ZALECEŃ PACJENTOWI W PROGRAMIE BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO	4,7
			5.12.00.0000073	KONSULTACJA W ZAKRESIE KWALIFIKACJI DO ZNIECZULENIA (SEDACJI) W PROGRAMIE BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO	8,5

*) Obwieszczenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, dla których ustalono urzędową cenę zbytu.

Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 111/2022/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 2 września 2022 r.

10/PRO/....

UMOWA Nr/.....

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
- PROGRAMY ZDROWOTNE – W ZAKRESACH:
PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE**

zawarta w, dnia roku, pomiędzy: Narodowym Funduszem Zdrowia – reprezentowanym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa: (wskazanie imienia i nazwiska osoby umocowanej) – (wskazanie stanowiska) (nazwa oddziału) Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w..... (adres), na podstawie pełnomocnictwa/pełnomocnictw nr..... z dnia...../ i nr z dnia...../, zwanym dalej „Funduszem”

a
(oznaczenie świadczeniodawcy: imię i nazwisko albo nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021 r. poz. 1285, z późn. zm),
zwanym dalej „Świadczeniodawcą”, reprezentowanym przez
.....

PRZEDMIOT UMOWY

§ 1. 1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju programy zdrowotne w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne, zwanych dalej „świadczeniami”, w zakresach określonych w planie rzeczowo-finansowym, stanowiącym **załącznik nr 1 do umowy**.

2. Świadczeniodawca obowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w:

- 1) ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;
- 2) przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych wydanego na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 3) ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów”;
- 4) szczegółowych warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne, w zakresach profilaktyczne programy zdrowotne, określonych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, zwanych dalej „szczegółowymi warunkami umów”.

3. Świadczeniodawca obowiązany jest zapoznać z przepisami § 12 Ogólnych warunków umów, wszystkie osoby, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej lub udzielają informacji świadczeniobiorcom o sposobie, trybie oraz zasadach udzielania świadczeń w jego placówce.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2. 1. Świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są:

- 1) przez osoby wymienione w **załączniku nr 2 do umowy** – „Harmonogram – zasoby”;

2) zgodnie z harmonogramem pracy, określonym w **załączniku nr 2 do umowy** – „Harmonogram – zasoby”, a w przypadku świadczeniodawców realizujących etap podstawowy programu profilaktyki raka piersi w trybie mobilnym - w **załączniku nr 2a do umowy**.

2. Dane o potencjale wykonawczym Świadczeniodawcy przeznaczonym do realizacji umowy, będące w jego dyspozycji, określone są w **załączniku nr 2 do umowy** – „Harmonogram - zasoby”.

3. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie Świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym **załącznik nr 3 do umowy**.

4. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w przepisach, o których mowa w § 1 w ust. 2 pkt 2 – 4 i przepisach odrębnych.

5. Dopuszczalne jest zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie niepełnego zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.

6. Umowa zawarta między Świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Narodowego Funduszu Zdrowia do przeprowadzenia kontroli podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń, na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy. Fundusz informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.

7. Zaprzeszanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w załączniku nr 3 do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi Oddziału Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.

8. Świadczeniodawca obowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji Świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.

9. Aktualizacji danych, o których mowa w ust. 7 i 8, należy dokonywać za pomocą udostępnionych przez Fundusz aplikacji informatycznych, w szczególności Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, na zasadach i warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia.

10. Świadczeniodawca jest obowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.

§ 3. Świadczeniodawca jest obowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 136b ust. 2 ustawy o świadczeniach.

WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

§ 4. 1. Kwota zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia r. do dnia r. wynosi maksymalnie zł (słownie: zł).

2. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, zawiera środki wynikające z określenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 Ogólnych warunków umów.

3. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków wynikających z określenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 ust. 3 Ogólnych warunków umów, w sposób określony w § 16 ust. 3 i 4, Ogólnych warunków umów, kwota przekazanych Świadczeniodawcy środków podlega zwrotowi.

4. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową, w okresie rozliczeniowym, o których mowa w ust. 1, określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący załącznik nr 1 do umowy.

5. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń, wypłacana będzie przez Oddział Funduszu na rachunek bankowy Świadczeniodawcy:

nr rachunku:

którego posiadaczem jest

6. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 5, wymaga uprzedniego złożenia przez świadczeniodawcę, w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w formie pisemnej, wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego, którego wzór stanowi załącznik nr 4 do umowy.

7. W przypadku realizacji świadczeń w zakresach:

- 1) program profilaktyki raka szyjki macicy - etap diagnostyczny,
 - 2) program profilaktyki raka szyjki macicy - etap pogłębionej diagnostyki,
 - 3) program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy,
 - 4) program profilaktyki raka piersi - etap pogłębionej diagnostyki,
 - 5) program badań przesiewowych raka jelita grubego
- rozliczenie następuje zgodnie z rzeczywistą wartością wykonanych świadczeń.

8. W przypadku, gdy wartość wykonanych przez Świadczeniodawcę świadczeń w zakresach, o których mowa w ust. 7, przekroczy określoną dla nich kwotę zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy, na wniosek Świadczeniodawcy - strony umowy zwiększą odpowiednio:

- 1) liczbę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń, określone w załączniku nr 1 do umowy;
- 2) kwotę zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy, o której mowa w ust. 1

9. Należność za bieżący okres sprawozdawczy określona w rachunku, ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w Ogólnych warunkach umów.

10. Rachunki z tytułu realizacji umowy Świadczeniodawca może przesłać w formie papierowej lub w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia lub System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki – w przypadku świadczeń rozliczanych za pośrednictwem tej aplikacji, zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Funduszu, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności rachunku.

§ 5. Świadczeniodawca obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:

- 1) rozpoznań według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta (ICD-10),
- 2) procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9) - w wersjach wskazanych przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy oraz:
- 3) w programie profilaktyki raka szyjki macicy - dane o stanie zdrowia i czynnikach ryzyka, wyniki badań, zalecenia co do dalszego postępowania;
- 4) w programie profilaktyki raka piersi - dane o stanie zdrowia i czynnikach ryzyka, wyniki badań, zalecenia co do dalszego postępowania;
- 5) w programie badań prenatalnych - przyczynę włączenia do programu, informację o wyniku badania;
- 6) w programie profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP) - dane o efektach leczenia w tym dla etapu specjalistycznego w podziale na farmako - i psychoterapię,
- 7) w programie badań przesiewowych raka jelita grubego – dane o stanie zdrowia i czynnikach ryzyka, wyniki badań, zalecenia co do dalszego postępowania.

KARY UMOWNE

§ 6. 1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną.

2. W przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

3. W przypadku wystawienia zleceń na wyroby medyczne wydawane na zlecenie, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. 2022 r. poz. 463, z późn. zm.), finansowanych w całości lub w części przez Fundusz, osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość kwoty nienależnego finansowania, wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

4. W przypadku niedopełnienia obowiązku dotyczącego uzyskania w Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi e-WUŚ w celu zapewnienia możliwości realizacji uprawnień świadczeniobiorców wynikających z art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie.

5. W przypadku nieprzeznaczenia przez świadczeniodawcę środków, o których mowa w § 4 ust. 3, Fundusz nakłada na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 5% tych środków.

6. Kary umowne, o których mowa w ust. 1-5, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.

7. Fundusz jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 7. 1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia do dnia r.

2. Każda ze stron może rozwiązać umowę za 3 miesięcznym okresem wypowiedzenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8. Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy są sądy powszechne właściwe dla siedziby oddziału wojewódzkiego Funduszu.

§ 9. W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się w szczególności przepisy Ogólnych warunków umów oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych w zakresie określonym w szczegółowych warunkach umów.

§ 10. Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.

§ 11. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Wykaz załączników do umowy:

- 1) **Załącznik nr 1 do umowy** – Plan rzeczowo-finansowy;
- 2) **Załącznik nr 2 do umowy** – Harmonogram-zasoby;
- 3) **Załącznik nr 2a do umowy** – Harmonogram-zasoby (dotyczy świadczeniodawców realizujących etap podstawowy programu profilaktyki raka piersi w trybie mobilnym);
- 4) **Załącznik nr 3 do umowy** – Wykaz podwykonawców;
- 5) **Załącznik nr 4 do umowy** - Wzór wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego.

PODPISY STRON

.....

.....

.....

Narodowy Fundusz Zdrowia

.....

Świadczeniodawca

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY

rodzaj świadczeń: programy zdrowotne				wersja		Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego:..... OW NFZ				
Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ										
Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych										
ROK - Kwota umowy dla wszystkich okresów sprawozdawczych zł (słownie -)										
Okres rozliczeniowy od..... do.....										
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)		
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)										
Okres rozliczeniowy od..... do.....**										
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)		
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)										
w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem pozycje										
Razem pozycje			Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)
			Styczeń		Luty		Marzec		Kwiecień	
			Maj		Czerwiec		Lipiec		Sierpień	
			Wrzesień		Październik		Listopad		Grudzień	

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje						
Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu		
Kod miejsca		Nazwa miejsca				
Adres miejsca					TERYT	
				Styczeń	Luty	Marzec
				Kwiecień	Maj	Czerwiec
				Lipiec	Sierpień	Wrzesień
				Październik	Listopad	Grudzień

data sporządzenia

Fundusz***

Świadczeniodawca****

* Określenie czynności formalno - prawnej, na podstawie której została utworzona pozycja umowy

** Kolejne sekcje drukowane dla każdego okresu rozliczeniowego oznaczonego w umowie (o ile w umowie oznaczono więcej niż jeden okres rozliczeniowy)

*** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

**** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

HARMONOGRAM - ZASOBY

rodzaj świadczeń: programy zdrowotne

Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu								
I. Miejsce udzielania świadczeń												
Kod miejsca (a)	Id podwyk. (b)	Nazwa miejsca (c)			Adres miejsca (d)			VII cz.KR*(e)	VIII cz.KR*(f)	Profil IX-X cz.KR*(g)	Status **	
II. Dostępność miejsca udzielania świadczeń												
pn (a)	wt (b)	śr (c)	czw (d)	pt (e)	sob (f)	nd (g)	Obowiązuje od (h)	Obowiązuje do (i)	Status**			
III. Personel												
ID osoby (a)	Nazwisko (b)			Imiona (c)		PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)		St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status **	
Dostępność osoby personelu												
pn (h)	wt (i)	śr (j)	czw (k)	pt (l)	sob (m)	nd (n)	Typ harmonogramu*** (o)	Tyg. lb. godzin (p)	Obowiązuje od (r)	Obowiązuje do (s)		
IV. Sprzęt												
Id sprzętu (a)	Nazwa sprzętu (b)					Ilość (c)	Nr seryjny (d)	Rok produkcji (e)	Rodzaj dostępności (f)	Dostępny od (g)	Dostępny do (h)	Status **

Fundusz****

Świadczeniodawca*****

* KR (kody resortowe) - kody nadane zgodnie z rozporządzeniem wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.z 2022 r., poz. 633, z późn. zm.)

** B - brak zmian, D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto

*** Typ harmonogramu:

P - harmonogram podstawowy

**** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

***** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

HARMONOGRAM - ZASOBY (mammobusy)

rodzaj świadczeń: programy zdrowotne
(dotyczy Programu profilaktyki raka piersi realizowanego w trybie mobilnym - mammobus)

Obszar udzielania świadczeń:												Personel udzielający świadczeń				
data postoju mammobusu		model mammogr afu	nr seryjny mammogr afu	rok produkcji mammogr afu	miejsce postoju mammob usu nazwa powiatu	miejsce postoju mammobu su nazwa gminy	miejsce postoju mammobu su nazwa miasto/wie ś	godzin y postoju		miejs ce postoj u nazw a	miej sce post oju adre s	nazwis ko	imi ę	grupa zawodow a	PESE L	Nr prawa wykonywa nia zawodu
dat a	dzień tygodn ia							o d	do							
<i>a</i>	<i>b</i>	<i>c</i>	<i>d</i>	<i>e</i>	<i>f</i>	<i>g</i>	<i>h</i>	<i>i</i>	<i>j</i>	<i>k</i>	<i>l</i>	<i>m</i>	<i>n</i>	<i>o</i>	<i>p</i>	<i>r</i>

Fundusz*

Świadczeniodawca**

* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem
** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

WYKAZ PODWYKONAWCÓW

Załącznik nr 3 do umowy nr

rodzaj świadczeń: programy zdrowotne

UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY			
Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
Dane rejestrowe podwykonawcy			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa			
Umowa/promesa			
Data od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Pozycja/e umowy	
Data do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Przedmiot świadczeń podwykonywanych	
Opis przedmiotu podwykonawstwa			

data sporządzenia

Fundusz*

Świadczeniodawca**

* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego

Wnoszę o podpisanie aneksu do istniejącej umowy, zmieniającego nr rachunku bankowego wskazany w zawartej umowie:	
numer	
w rodzaju	programy zdrowotne
w zakresie	
na okres	
Nowy pełny numer rachunku bankowego związanego z realizacją umowy	
Dane posiadacza rachunku bankowego:	

Zmiana dotychczasowego nr rachunku bankowego na nowy nastąpi po podpisaniu aneksu do umowy w terminie określonym w aneksie.

Świadczeniodawca*

.....

* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

WARUNKI FINANSOWANIA PROGRAMU PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY

1. Opis problemu zdrowotnego

Rak szyjki macicy jest siódmym, co do częstości, nowotworem u kobiet w Polsce – stanowi 2,8 % nowotworów u kobiet. Rocznie ok. 1600 kobiet umiera z tego powodu¹⁾.

Badania przesiewowe w kierunku wykrywania raka szyjki macicy polegają na wykonywaniu badań cytologicznych wymazów z ujścia zewnętrznego kanału i z tarczy szyjki macicy. Skryning cytologiczny, ze względu na niski koszt i wysoką skuteczność, jest najpopularniejszą metodą badań przesiewowych. W wyniku przeprowadzenia badania cytologicznego można wykryć zmiany przedrakowe i raka we wczesnym okresie zaawansowania choroby.

W przypadku stwierdzenia zmian o charakterze dysplastycznym należy w celu weryfikacji wstępnego rozpoznania wykonać badanie kolposkopowe z celowanym pobraniem wycinków do badania histopatologicznego.

2. Główne czynniki ryzyka raka szyjki macicy:

- infekcje wirusem brodawczaka ludzkiego o wysokim potencjale onkogennym (HR HPV),
- wiek (zachorowalność zwiększa się wraz z wiekiem, szczyt zachorowań przypada pomiędzy 45 a 55 rokiem życia),
- wczesne rozpoczęcie życia seksualnego
- duża liczba partnerów seksualnych,
- duża liczba porodów,
- niski status społeczny i ekonomiczny,
- palenie papierosów,
- stwierdzona wcześniej zmiana patologiczna w badaniu cytologicznym,
- partnerzy seksualnie niemonogamiczni, z infekcją HPV (ryzyko zachorowania wzrasta 20-krotnie).

Niezbędnym warunkiem efektywności skryningu cytologicznego jest jego długofalowe prowadzenie i masowość, szacuje się bowiem, że dopiero przy objęciu badaniami przesiewowymi 75% populacji można uzyskać 25% spadek umieralności. Badania naukowe dowodzą, iż 1,5% - 2% rozmazów cytologicznych prezentuje nieprawidłowości wymagające dalszych procedur diagnostycznych.

3. Cel programu

Celem realizacji programu jest zmniejszenie wskaźnika umieralności kobiet na raka szyjki macicy do poziomu osiągniętego w przodujących w tym zakresie krajach Unii Europejskiej w szczególności poprzez wykrywanie stanów przedrakowych oraz podniesienie poziomu wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy i wprowadzenie na terenie całego kraju jednolitego modelu postępowania diagnostycznego.

4. Tryb zapraszania do programu

Do udziału w programie nie jest wymagane skierowanie. Akcję informacyjną o programie prowadzą świadczeniodawcy realizujący program.

5. Populacja, do której skierowany jest program

¹⁾ „Nowotwory złośliwe w Polsce w 2019r.”, Joanna Didkowska, Urszula Wojciechowska, Paweł Olasek, Florentino Caetano dos Santos, Irmina Michałek, Krajowy Rejestr Nowotworów, Warszawa, 2021

Zgodnie z l.p. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych.

6. Warunki finansowania świadczeń w poszczególnych etapach realizacji programu

Świadczeniodawca obowiązany jest posiadać dostęp do internetu umożliwiający prowadzenie elektronicznej sprawozdawczości realizacji Programu w oparciu o narzędzie informatyczne udostępnione przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Etap podstawowy

Pobranie materiału do przesiewowego badania cytologicznego (etap podstawowy programu profilaktyki raka szyjki macicy) jest realizowane w ramach:

- 1) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie położnictwa i ginekologii, jako porada z katalogu specjalistycznych świadczeń odrębnych,
- 2) podstawowej opieki zdrowotnej przez położną POZ.

Warunki pobierania wymazu opisane są w rozporządzeniu, a zakres finansowania etapu podstawowego programu określono:

- 1) w załączniku nr 5b do obowiązującego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna,
- 2) w załączniku nr 27 obowiązującego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Świadczeniodawca obowiązany jest do zarejestrowania świadczeniobiorcy w systemie informatycznym udostępnionym przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie później niż w dniu badania.

Etap diagnostyczny

- 1) wykonanie oceny mikroskopowej materiału cytologicznego przesłanego przez realizatora etapu podstawowego programu i jego opisanie w systemie informatycznym udostępnionym przez Narodowy Fundusz Zdrowia w celu prowadzenia elektronicznej sprawozdawczości, w module przypisanym danej pacjentce;
- 2) przesłanie wyniku do poradni, która pobrała materiał do badania;
- 3) prowadzenie elektronicznej sprawozdawczości w zakresie badanych kobiet oraz wyników badań cytologicznych w systemie informatycznym udostępnionym przez Narodowy Fundusz Zdrowia;

Etap pogłębionej diagnostyki

- 1) zarejestrowanie (wprowadzenie do bazy danych w systemie informatycznym udostępnionym przez Narodowy Fundusz Zdrowia) kobiety skierowanej do badania w ramach realizacji programu nie później niż w dniu badania;
- 2) wykonanie badania kolposkopowego;
- 3) w przypadku zaistnienia wskazań do weryfikacji uzyskanego obrazu kolposkopowego – pobranie celowanych wycinków do badania histopatologicznego;
- 4) badanie histopatologiczne pobranego w wyniku biopsji materiału;
- 5) postawienie rozpoznania na podstawie przeprowadzonych badań;
- 6) podjęcie decyzji dotyczącej dalszego postępowania diagnostyczno – leczniczego (skierowanie do leczenia lub określenie terminu kolejnego badania cytologicznego);
- 7) w przypadku potwierdzenia nowotworu złośliwego - wystawienie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, w celu realizacji „diagnostyki pogłębionej z zakresu nowotworów macicy;”
- 8) prowadzenie elektronicznej sprawozdawczości w zakresie badanych kobiet i wyników badań w systemie informatycznym udostępnionym przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

W celu realizacji programu świadczeniodawca może uzyskać udokumentowaną zgodę od świadczeniobiorcy, która zapewni możliwość przekazywania w uzasadnionych przypadkach informacji (np. wezwania po odbiór wyników badań).

**-Wzór-
zgody świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych**

Nr telefonu:..... (opcjonalnie)

Adres e-mail: (opcjonalnie)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE.L Nr 119, str. 1, z późn. zm.).

Wyrażam zgodę na przysłanie pocztą tradycyjną prawidłowego wyniku badania oraz przekazanie pocztą e-mail/ przekazanie drogą SMS ** zawiadomienia o kolejnej wizycie.

.....
Miejscowość i data

.....
czytelny podpis świadczeniobiorcy

** niepotrzebne skreślić

7. Wskazanie dalszych procedur diagnostycznych i leczniczych

Kobiety, u których rozpoznano raka szyjki macicy lub inne schorzenia wymagające leczenia specjalistycznego zostają skierowane (poza programem) na dalsze badania diagnostyczne lub leczenie do świadczeniodawców posiadających z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy w odpowiednich rodzajach świadczeń.

8. Wskaźniki monitorowania oczekiwanych efektów

1) zgłaszalność na badania:

- a) liczba kobiet w populacji określonej programem,
- b) liczba kobiet, do których wysłano imienne zaproszenia,
- c) liczba kobiet, które zgłosiły się do programu po otrzymaniu zaproszenia,
- d) liczba kobiet, które zostały poinformowane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej o konieczności wykonania badania cytologicznego;

2) efekty badań:

- a) liczba kobiet, u których wykonano badanie cytologiczne,
- b) liczba kobiet z prawidłowym wynikiem badania cytologicznego,
- c) liczba kobiet skierowanych do etapu pogłębionej diagnostyki,
- d) liczba kobiet, którym zalecono ponowne badanie po 12 miesiącach,
- e) liczba kobiet z rozpoznaniem stanu przedrakowego,
- f) liczba kobiet z rozpoznaniem raka inwazyjnego szyjki macicy;

3) jakość badań - odsetek rozmazów nienadających się do oceny (dopuszcza się nie więcej niż 3%).

Procentowe zestawienie jakości rozmazów określonych w pkt 3 przedstawione jest w raporcie „Analiza wyników badań cytologicznych” w SIMP. Oddział Funduszu monitoruje ten parametr nie rzadziej niż co 6 miesięcy.

WARUNKI FINANSOWANIA PROGRAMU PROFILAKTYKI RAKA PIERSI

I. Część A.

1. Opis problemu zdrowotnego.

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet. Stanowi około 22,9%¹⁾ wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe u Polek. Występuje częściej po menopauzie. Ryzyko zachorowania wzrasta po 50 roku życia.

Obserwacja częstości zachorowań w poszczególnych grupach wiekowych wykazała, że znaczący wzrost zachorowań występował w przedziale wiekowym od 50 do 69 roku życia.

2. Przyczyny istnienia problemu zdrowotnego.

Etiologia raka sutka, pomimo znacznej liczby prac i analiz, jakie w świecie przeprowadzono, w dalszym ciągu nie jest dostatecznie jasna. Sytuację dodatkowo komplikuje fakt, że ten sam morfologicznie nowotwór może być indukowany przez kilka, a nawet kilkanaście czynników kancerogennych. Coraz częściej jednak w ryzyku zachorowania na raka piersi wskazuje się na uwarunkowania genetyczne; w Polsce około 10% przypadków raka piersi występuje u kobiet, u których stwierdza się mutacje w obrębie genów, najczęściej w BRCA1. Zestawienie czynników ryzyka zawiera niżej zamieszczona tabela.

Lp.	Czynniki ryzyka
1.	Wiek 50-69
2.	Rak piersi wśród członków rodziny (stopień ryzyka zależy od liczby przypadków w rodzinie i stopnia pokrewieństwa z chora osobą)
3.	Mutacje stwierdzone w genach BRCA 1 lub BRCA 2
4.	Wczesna pierwsza miesiączka przed 12 rokiem życia
5.	Późna menopauza po 55 roku życia
6.	Urodzenie dziecka po 35 roku życia
7.	Bezdzielnosc
8.	Poprzednie leczenie z powodu raka piersi*
9.	Leczenie z powodu innych schorzeń piersi

* nie podlega skryningowi

Najważniejszym czynnikiem w istotny sposób wpływającym na wyniki leczenia jest wykrycie nowotworu w jak najwcześniejszym stadium rozwoju.

Metodę w znacznym stopniu umożliwiającą rozpoznanie zmian patologicznych w utkaniu piersi stanowi mammografia. Jej czułość jest najwyższa, szacuje się że dla kobiet po menopauzie wynosi ona 90-95%. Randomizowane badania kliniczne wykazały, że w grupie kobiet w wieku 50-69 lat, które miały wykonywane badania mammograficzne co rok lub co 2 lata, nastąpiło zmniejszenie umieralności o 25-30%.

American College of Preventive Medicine rekomenduje wykonywanie mammografii w 2 projekcjach, co 2 lata u kobiet w wieku 50-69 lat z grupy niskiego ryzyka, natomiast co rok u kobiet z grupy wysokiego ryzyka.

3. Waga problemu zdrowotnego dla społeczeństwa.

W populacjach, w których nie wykonuje się badań profilaktycznych występuje wysoka umieralność z powodu inwazyjnego zaawansowanego raka piersi. Inwazyjny rak sutka wymaga kosztochłonnego leczenia. W zależności od stadium klinicznego zaawansowania jest to leczenie operacyjne (amputacja piersi),

¹⁾ „Nowotwory złośliwe w Polsce w 2019r.”, Joanna Didkowska, Urszula Wojciechowska, Paweł Olasek, Florentino Caetano dos Santos, Irmína Michałek Krajowy Rejestr Nowotworów, Warszawa, 2021

radioterapia lub leczenie systemowe (chemioterapia, hormonoterapia). Wszystkie te metody leczenia są bardzo kosztowne.

W USA oraz w krajach Unii Europejskiej uznano, że najskuteczniejszym instrumentem ograniczenia zachorowań i poprawy wyników leczenia nowotworów złośliwych są narodowe programy walki z rakiem. Programy te są finansowane ze środków budżetowych państwa, a działania w ramach tych programów oprócz populacyjnych badań przesiewowych obejmują także zakup nowoczesnego sprzętu diagnostyczno – leczniczego oraz działania edukacyjne w odniesieniu do społeczeństwa i kadry medycznej.

4. Cel programu

Celem realizacji programu jest obniżenie wskaźnika umieralności z powodu raka piersi do poziomu osiągniętego w przodujących w tym zakresie krajach Unii Europejskiej oraz podniesienie poziomu wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka sutka i wprowadzenie na terenie całego kraju zasad postępowania diagnostycznego.

5. Tryb zapraszania do programu.

Do udziału w programie nie jest wymagane skierowanie. Akcję informacyjną o programie prowadzą świadczeniodawcy realizujący program.

6. Populacja, do której skierowany jest program.

Zgodnie z l.p. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych.

7. Warunki finansowania świadczeń w poszczególnych etapach realizacji programu

Świadczeniodawca obowiązany jest posiadać dostęp do Internetu umożliwiający prowadzenie elektronicznej sprawozdawczości realizacji programu w oparciu o narzędzie informatyczne udostępnione przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Zarejestrowanie świadczeniobiorcy w systemie informatycznym powinno nastąpić nie później niż w dniu badania.

Etap podstawowy

- 1) zarejestrowanie w systemie informatycznym udostępnionym przez Narodowy Fundusz Zdrowia, z jednoczesną weryfikacją kwalifikacji do objęcia programem kobiety, która zgłosi się do programu (przy rejestracji należy poinformować świadczeniobiorcę, iż wskazane jest aby przyniósł zdjęcia mammograficzne z poprzednich rund skryningu w celu porównania);
- 2) przeprowadzenie wywiadu i wypełnienie ankiety w systemie informatycznym udostępnionym przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 3) wykonanie badania mammograficznego: 2 x 2 zdjęcia mammograficzne wraz z opisem, sporządzenie Karty badania mammograficznego w systemie informatycznym udostępnionym przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 4) podjęcie decyzji dotyczącej dalszego postępowania w zależności od wyniku badania potwierdzone pisemnie, zgodnie z wzorem określonym w systemie informatycznym udostępnionym przez Narodowy Fundusz Zdrowia (w przypadku konieczności skierowania świadczeniobiorcy do etapu pogłębionej diagnostyki, kierujący zobowiązany jest udzielić informacji o wszystkich świadczeniodawcach realizujących ten etap programu w województwie oraz przekazać świadczeniobiorcy oprócz opisu także zdjęcie;
- 5) tryb wydawania wyników badań
 - a) prawidłowy wynik badania z zaleceniami co do dalszego postępowania może być przekazany za pośrednictwem poczty na adres świadczeniobiorcy,
 - b) w przypadku nieprawidłowego wyniku badania informuje się (pisemnie lub telefonicznie) świadczeniobiorcę o konieczności dalszej diagnostyki i w porozumieniu z nim przekazuje się całą dokumentację badania (w tym odpowiednie skierowania do dalszej diagnostyki lub leczenia) świadczeniobiorcy lub bezpośrednio do ośrodka pogłębionej diagnostyki wybranego przez świadczeniobiorcę, odnotowując to w dokumentacji medycznej,

- c) w przypadku nieprawidłowego wyniku badania i braku możliwości skontaktowania się ze świadczeniobiorcą wysyła się kopię dokumentacji świadczeniobiorcy do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, do którego złożył deklarację, z prośbą o dołączenie do karty choroby świadczeniobiorcy i bezpośrednią interwencję w miejscu zamieszkania (informację o przynależności świadczeniobiorcy do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej można uzyskać z systemu informatycznego udostępnionego przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub z oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia właściwego dla miejsca zameldowania świadczeniobiorcy).

Etap pogłębionej diagnostyki

- 1) porada lekarska, stanowiąca cykl zdarzeń, (przeprowadzona zgodnie z zakresem i zasadami określonymi w załączniku do rozporządzenia, lp. 3); wyniki badań dokumentowane są w systemie informatycznym udostępnionym przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) podjęcie decyzji dotyczącej dalszego postępowania i potwierdzenie jej wystawieniem skierowania na dalszą diagnostykę lub leczenie do świadczeniodawcy posiadającego umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w odpowiednich dla schorzenia rodzajach świadczeń;
- 3) w przypadku potwierdzenia nowotworu złośliwego – wystawienie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, w celu realizacji „diagnostyki pogłębionej z zakresu nowotworów piersi”;
- 4) prowadzenie elektronicznej sprawozdawczości w zakresie badanych kobiet i wyników badań w systemie informatycznym udostępnionym przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

W trakcie porady w etapie pogłębionej diagnostyki, lekarz w zależności od wskazań medycznych decyduje, które z dostępnych w ramach programu procedur należy wykonać w celu postawienia ostatecznego rozpoznania.

W ramach etapu pogłębionej diagnostyki świadczeniodawca obowiązany jest wykonać wszystkie niezbędne diagnostyczne procedury (w ramach jednej umowy - zgodnie z katalogiem świadczeń) i po ich zakończeniu możliwe jest rozliczenie kompleksowego świadczenia.

Kobiety, u których rozpoznano raka piersi lub inne schorzenia wymagające leczenia specjalistycznego zostają skierowane (poza programem) na dalsze badania diagnostyczne lub leczenie do świadczeniodawców posiadających z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy w odpowiednich rodzajach świadczeń.

Świadczeniodawca wykonujący biopsję w ramach etapu pogłębionej diagnostyki obowiązany jest wypożyczać preparat na prośbę świadczeniodawcy prowadzącego dalszą diagnostykę lub leczenie świadczeniobiorcy.

8. Wskaźniki monitorowania oczekiwanych efektów

- 1) zgłaszalność na badania:
 - a) liczba kobiet w populacji określonej programem,
 - b) liczba kobiet, do których wysłano imienne zaproszenia,
 - c) liczba kobiet, które zgłosiły się do programu po otrzymaniu zaproszenia,
 - d) liczba kobiet, które zostały poinformowane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej o konieczności wykonania badania mammograficznego;
- 2) efekty badań:
 - a) liczba kobiet, u których wykonano badanie mammograficzne,
 - b) liczba kobiet z prawidłowym wynikiem badania mammograficznego,
 - c) liczba kobiet z nieprawidłowym wynikiem badania wymagających dalszej diagnostyki,
 - d) liczba badań mammograficznych wymagających powtórzenia ze względu na błędy techniczne,
 - e) liczba kobiet z dodatnim wynikiem badania mammograficznego, u których wykonano dalszą diagnostykę,
 - f) liczba kobiet z prawidłowym wynikiem badania, u których wskazane jest ponowne badanie po 12 miesiącach,

- g) liczba kobiet, u których rozpoznano raka piersi;
- h) odsetek kobiet z dodatnim wynikiem badania mammograficznego skierowanych do etapu badań pogłębionych, które zgłosiły się do dalszej diagnostyki powinien wynosić co najmniej 90 % (Monitorowanie tego parametru można prowadzić w oparciu o dostępny dla oddziałów wojewódzkich Funduszu w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki widok ekranu: Mammografia – Realizacja zaleceń);
- i) odsetek powtórnych wezwań do badania, tzw. „recall rate”, **oczekiwaną wartością „recall rate” jest 5%** (Monitorowanie „współczynnika „recall rate” można prowadzić w oparciu o dostępny dla oddziałów wojewódzkich Funduszu w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki widok ekranu: Mammografia – wykonania - podział na zalecenia).

Oddział Funduszu monitoruje te parametry nie rzadziej niż co 6 miesięcy.

II. Część B.

W celu realizacji programu świadczeniodawca może uzyskać udokumentowaną zgodę od świadczeniobiorcy, która zapewni możliwość przekazywania w uzasadnionych przypadkach informacji (np. wezwania po odbiór wyników badań).

-Wzór- zgody świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych

Nr telefonu:..... (opcjonalnie)

Adres e-mail: (opcjonalnie)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE. L Nr 119, str. 1, z późn. zm.).

Wyrażam zgodę na przysłanie pocztą tradycyjną prawidłowego wyniku badania oraz przekazanie pocztą e-mail/ przekazanie drogą SMS ** zawiadomienia o kolejnej wizycie.

.....
Miejscowość i data

.....
czytelny podpis świadczeniobiorcy

** niepotrzebne skreślić

WARUNKI FINANSOWANIA PROGRAMU BADAŃ PRENATALNYCH

I. CZĘŚĆ A.

1. Opis problemu zdrowotnego

W ostatnich latach wzrasta systematycznie średni wiek kobiet rodzących. Szacuje się, że rodzące powyżej 35 roku życia stanowią ok 17% ogólnej liczby porodów. Powyżej 35 roku życia wzrasta statystycznie istotnie, ryzyko wystąpienia patologii płodu uwarunkowanej aberracją chromosomalną.

Ryzyko populacyjne urodzenia dziecka z wadą wrodzoną wynosi około 3-5%. Część z tych wad dzięki diagnostyce obrazowej i biochemicznej możliwa jest do rozpoznania we wczesnym okresie ciąży (I i II trymestr ciąży). W przypadku, gdy następuje podejrzenie wady wskazane jest wykonanie testu biochemicznego i badania USG w celu oszacowania ryzyka wystąpienia aberracji chromosomalnej. Każdy przypadek stwierdzonej patologii wymaga weryfikacji za pomocą genetycznych badań.

Określenie ryzyka wystąpienia aberracji chromosomowych i wykrycie wielu wad rozwojowych we wczesnym okresie ciąży pozwala na bezpieczne prowadzenie ciąży i umożliwia podjęcie leczenia już w czasie życia płodowego. Pozwala także rodzicom dziecka przygotować się do natychmiastowego wdrożenia specjalistycznej opieki medycznej po jego urodzeniu.

W przypadku ciąż z grupy wysokiego ryzyka diagnostyka prenatalna jest bezwzględny wskazaniem medycznym. Poradnictwo genetyczne wzbogacone współczesnymi możliwościami diagnostyki prenatalnej stanowi podstawowy element profilaktyki wad rozwojowych i innych chorób genetycznych.

Obecnie uważa się, że priorytetowe są badania biochemiczne wykonywane w pierwszym trymestrze ciąży, wspólnie z badaniem USG, oceną przezierności karku (NT – nuchal translucency), obecnością kości nosowej (NB – nasal bone) i pomiarem stężenia PAPP- A oraz wolnej gonadotropiny kosmówkowej. Wartość wykrywcza (DR-Detection Rate) tego badania, wykonanego pomiędzy 11 a 13 (+6 dni) tygodniem ciąży wynosi 95%, a procent wyników fałszywie pozytywnych 5%.

Ze względu na fakt, że współczesna diagnostyka prenatalna opiera się na analizie badań biochemicznych i niezwykle starannie przeprowadzanych badaniach USG, należy dołożyć wszelkich starań, żeby była prowadzona w sposób precyzyjny. Dlatego badania powinny być wykonywane przez lekarzy posiadających odpowiednie, wysokie kwalifikacje do ich przeprowadzania.

2. Cel programu

Celem programu jest umożliwienie wczesnej identyfikacji ryzyka wad (testy biochemiczne) i wczesne rozpoznanie wad płodu (USG), zwiększenie dostępności do badań prenatalnych w Polsce oraz doskonalenie systemu organizacyjnego badań prenatalnych w naszym kraju.

3. Tryb włączania do programu

W celu włączenia do programu, wymagane jest skierowanie zawierające informacje o zaawansowaniu ciąży (wiek ciąży w tygodniach) oraz wskazaniach do objęcia programem wraz z opisem nieprawidłowości i dołączonymi wynikami badań potwierdzającymi zasadność skierowania do programu, wystawione przez lekarza prowadzącego ciążę.

4. Populacja, do której skierowany jest program

Zgodnie z l.p. 4 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych.

5. Warunki finansowania świadczeń w poszczególnych etapach realizacji programu

1) Badania nieinwazyjne w diagnostyce prenatalnej:

- a) badanie USG płodu zgodne ze standardami FMF (Fetal Medicine Foundation) przyjętymi przez Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników, wykonane przez lekarza posiadającego kwalifikacje potwierdzone Certyfikatem Umiejętności Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników w zakresie wykonywania Badań Prenatalnych. Finansowane jest pierwsze badanie USG wykonane pomiędzy 11 a 13 (+6 dni) tygodniem ciąży, kiedy wymiar CRL wynosi 45-84 mm oraz badanie USG wykonane pomiędzy 18 a 23 tygodniem ciąży;
 - b) badania biochemiczne (oznaczenia w surowicy krwi), lekarz prowadzący decyduje o wykonaniu określonych testów w zależności od wieku ciąży:
 - PAPP-A – osoczowe białko ciążowe A,
 - β -hCG – wolna gonadotropina kosmówkowa (podjednostka beta),
 - AFP – alfa fetoproteina,
 - Estriol – wolny estriol;
 - c) **komputerowa ocena ryzyka choroby płodu na podstawie testów przesiewowych zgodnie ze standardami FMF;**
- 2) podjęcie **decyzji** o włączeniu pacjentki do dalszych etapów postępowania diagnostycznego;
 - 3) **porada genetyczna** obejmująca w szczególności wywiad lekarski z uwzględnieniem wywiadu genetycznego, ocenę i interpretację wyników wykonanych badań oraz decyzję, co do dalszego postępowania (w przypadku wskazań medycznych skierowanie na badania inwazyjne po wyrażeniu przez pacjentkę zgody na ich wykonanie);
 - 4) **procedury inwazyjne** w diagnostyce prenatalnej - pobranie materiału do badań genetycznych w drodze amniopunkcji, biopsji trofoblastu lub kordocentezy pod kontrolą USG;
 - 5) **badania genetyczne**, które obejmują w szczególności:
 - a) klasyczne badania cytogenetyczne (hodowlę komórkową, wykonywanie preparatów do analizy cytogenetycznej -techniki prążkowe, analizę mikroskopową chromosomów,
 - b) cytogenetyczne badania molekularne (analizę FISH -hybrydyzacja In situ z wykorzystaniem fluorescencji),
 - c) analizę DNA w przypadkach mikroaberracji i chorób monogenowych.

W przypadku, kiedy konieczne jest wykonanie dalszej diagnostyki, niemieszczącej się w ramach programu, należy skierować świadczeniobiorcę do ośrodka specjalistycznego realizującego odpowiedni rodzaj świadczeń.

Świadczeniodawca obowiązany jest do prowadzenia elektronicznej sprawozdawczości realizacji programu w systemie informatycznym udostępnionym przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Świadczeniodawcy realizujący poszczególne części programu (część położniczo-ginekologiczną lub część genetyczną) obowiązani są do współpracy i wymiany informacji w procesie diagnozowania ciężarnej oraz zachowania kolejności wykonywanych badań zgodnie ze standardami medycznymi.

6. Wskaźniki monitorowania oczekiwanych efektów

- 1) liczba kobiet objętych programem w podziale na przyczyny włączenia do programu;
- 2) liczba kobiet zakwalifikowanych do badania inwazyjnego na podstawie zwiększonego ryzyka wystąpienia wady lub choroby płodu stwierdzonego w wyniku przeprowadzonego badania przesiewowego (USG i biochemiczny test przesiewowy I lub II trymestru ciąży);
- 3) liczba kobiet zakwalifikowanych do badania inwazyjnego na podstawie zwiększonego ryzyka wystąpienia wady lub choroby płodu wynikającego z analizy historii choroby (wywiad genetyczny);
- 4) liczba wykonanych prenatalnych badań inwazyjnych;
- 5) liczba kobiet z potwierdzeniem wady płodu w badaniu USG (bez procedury inwazyjnej);
- 6) liczba kobiet z potwierdzeniem wady lub choroby płodu na podstawie wyniku badania inwazyjnego.

II. Część B.

W celu realizacji programu świadczeniodawca może uzyskać udokumentowaną zgodę od świadczeniobiorcy, która zapewni możliwość przekazywania w uzasadnionych przypadkach informacji (np. wezwania po odbiór wyników badań).

**-Wzór-
zgody świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych**

Nr telefonu:..... (opcjonalnie)

Adres e-mail: (opcjonalnie)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.U.E.L Nr 119, str. 1, z późn. zm.).

Wyrażam zgodę na przysłanie pocztą tradycyjną prawidłowego wyniku badania oraz przekazanie pocztą e-mail/ przekazanie drogą SMS ** zawiadomienia o kolejnej wizycie.

.....
Miejscowość i data

.....
czytelny podpis świadczeniobiorcy

** niepotrzebne skreślić

Słownik uzupełniających danych sprawozdawanych za pomocą komunikatu XML: w Programie badań prenatalnych

Kod efektu	Nazwa efektu	Zasady sprawozdawania
3001	Wiek od ukończenia 35 lat (zaznacza się jeśli świadczeniobiorca w danym roku kalendarzowym ukończy 35 lat)	<u>Przyczyny włączenia do programu.</u> Konieczne sprawozdanie co najmniej jednego kodu. W przypadku sprawozdania kodu 3001 (jeżeli poza kryterium wiekowym są inne wskazania do objęcia programem) można sprawozdać dodatkowo także inny kod.
3002	Stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka	
3003	Stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenowo lub wieloczynnikową	
3004	Wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka	
3005	Stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG i/lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu	
3006	Ryzyko wystąpienia wady lub choroby płodu w badaniu przesiewowym (USG i biochemiczny test przesiewowy I trymestru ciąży) – Ryzyko niskie <1:1000	<u>Ocena ryzyka</u> wystąpienia wady lub choroby płodu w badaniu przesiewowym. Konieczne sprawozdanie jednego spośród wskazanych kodów.
3007	Ryzyko wystąpienia wady lub choroby płodu w badaniu przesiewowym (USG i biochemiczny test przesiewowy I trymestru ciąży) – Ryzyko pośrednie : pomiędzy 1:300 i 1:1000	
3008	Ryzyko wystąpienia wady lub choroby płodu w badaniu przesiewowym (USG i biochemiczny test przesiewowy I trymestru ciąży) – Ryzyko wysokie >1:300	
3009	Zwiększone ryzyko wystąpienia wady lub choroby płodu wynikające z analizy historii choroby (wywiadu genetycznego)	Sprawozdaje się jedynie w przypadku wystąpienia przesłanki.
3010	Kwalifikacja do badań inwazyjnych	
3011	Potwierdzenie wady płodu w badaniu USG (bez procedury inwazyjnej)	Sprawozdaje się jedynie w przypadku potwierdzenia wady płodu w wyniku badań nieinwazyjnych.
3012	Potwierdzenie wady lub choroby płodu na podstawie wyniku badania	Sprawozdaje się jedynie w

	inwazyjnego (ICD-10)	przypadku potwierdzenia wady płodu w wyniku badania genetycznego.
--	----------------------	---

WARUNKI FINANSOWANIA PROGRAMU PROFILAKTYKI CHORÓB ODTYTONIOWYCH (W TYM POCHP)

I. Część A.

1. Opis problemu zdrowotnego

Palenie tytoniu jest chorobą przewlekłą opisaną w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych pod numerem F17.W Polsce palenie tytoniu jest szeroko rozpowszechnione, znacząco wpływając na jakość i długość życia. Codziennie pali ok. 9 milionów dorosłych Polaków, w tym ok. 40% mężczyzn i 20% kobiet. Najczęściej Polacy w średnim wieku (między 30 a 50 rokiem życia), mieszkańcy dużych miast, w tym Warszawy, gdzie kobiety palą równie często, jak mężczyźni. W szczególności osobami palącymi są: nisko wykształceni, pochodzący z biedniejszych warstw społecznych lub bezrobotni. To oni najczęściej ponoszą zdrowotne i społeczno-ekonomiczne koszty palenia i wymagają specjalistycznego i refundowanego leczenia uzależnienia od tytoniu. Polacy palą także dużo (mężczyźni - 20 papierosów dziennie, kobiety - 15), długo (średnio 20 lat) i wcześniej rozpoczynają palenie. Raport HBSC z roku 2010 przedstawiający badania zachowań zdrowotnych młodzieży wskazuje, że próby palenia tytoniu od 11 roku życia deklaruje już 16,9% chłopców i 9,4% dziewcząt. Natomiast systematycznie, codziennie pali 0,8% chłopców i 0,3% dziewcząt w wieku 11-12 lat. W wieku 13-14 lat pali już systematycznie 6,9% chłopców i 4,6% dziewcząt. Ok. 50% palaczy posiada symptomy uzależnienia od tytoniu, a 15% uzależnionych jest biologicznie od nikotyny.

Związane z paleniem objawy chorobowe i zgony występują zwykle po długim okresie bezobjawowym. Skala i niekorzystne wzory palenia tytoniu w Polsce doprowadziły do epidemii chorób odtyniowych i pogorszenia się stanu zdrowia społeczeństwa polskiego. Umieralność na nowotwory płuca, chorobę występującą prawie wyłącznie u palaczy tytoniu, jest w Polsce na jednym z najwyższych poziomów na świecie, przede wszystkim u mężczyzn w średnim wieku. Szacunki epidemiologiczne wskazują, że w populacji mężczyzn w wieku 35-69 lat ok. 60% zgonów na wszystkie nowotwory złośliwe, 40% zgonów na choroby układu krążenia, 70% zgonów na schorzenia układu oddechowego i 20% zgonów na inne schorzenia, np. układu pokarmowego jest związane w Polsce z paleniem tytoniu. Łącznie, palenie jest odpowiedzialne za ok. 40% przedwczesnych zgonów w populacji mężczyzn, a corocznie z powodu schorzeń odtyniowych umiera przedwcześnie ok. 50 tys. Polaków.

2. Cel programu.

Celem programu jest zmniejszenie zachorowalności na schorzenia odtyniowe, poprawa świadomości w zakresie szkodliwości palenia oraz metod zapobiegania i leczenia uzależnienia od tytoniu oraz poprawa dostępności do specjalistycznego leczenia uzależnienia od tytoniu w szczególności dla osób obciążonych chorobami układu krążenia, układu oddechowego i nowotworowymi a w konsekwencji zmniejszenie kosztów leczenia chorób odtyniowych.

3. Populacja, do której skierowany jest program

Zgodnie z l.p. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych.

4. Warunki finansowania świadczeń w poszczególnych etapach realizacji programu

Etap podstawowy realizacji Programu stanowi cykl zdarzeń rozliczanych jako jedno świadczenie i obejmuje:

A. Poradnictwo antytytoniowe (przeprowadzone zgodnie z zakresem i zasadami określonymi w załączniku do rozporządzenia, lp. 1),

Dla potrzeb dokumentowania realizacji programu w tym etapie zastosowanie mają wzory dokumentów określone w części C, w szczególności:

- 1) nr 1 - zmodyfikowany test oceny poziomu uzależnienia od tytoniu,
- 2) nr 3 – „Karta badania lekarskiego”.

Świadczeniodawca obowiązany jest do przekazania świadczeniobiorcy informacji o możliwości skorzystania z porady telefonicznej w wysokospecjalistycznej Poradni Pomocy Palącym celem wsparcia leczenia uzależnienia od tytoniu przez specjalistów z tej Poradni;

B. Poradnictwo antytytoniowe z diagnostyką i profilaktyką POChP (z wykonaniem spirometrii) -
(przeprowadzone zgodnie z zasadami określonymi w załączniku do rozporządzenia, lp. 1)

Dla potrzeb dokumentowania realizacji programu w tym etapie zastosowanie mają wzory dokumentów określone w części C, w szczególności:

- 1) nr 1 - zmodyfikowany test oceny poziomu uzależnienia od tytoniu,
- 2) nr 2 – „Ankieta o stanie zdrowia świadczeniobiorcy”,
- 3) nr 3 – „Karta badania lekarskiego”.

Świadczeniodawca obowiązany jest do przekazania świadczeniobiorcy informacji o możliwości skorzystania z porady telefonicznej w wysokospecjalistycznej Poradni Pomocy Palącym celem wsparcia leczenia uzależnienia od tytoniu przez specjalistów z tej Poradni;

Świadczenia w etapie podstawowym programu udzielane są świadczeniobiorcom na podstawie pisemnego oświadczenia świadczeniobiorcy, że w ciągu ostatnich 36 miesięcy nie miał wykonanego badania spirometrycznego w ramach programu profilaktyki POChP (także u innych świadczeniodawców).

Etap specjalistyczny (przeprowadzony zgodnie z zasadami określonymi w załączniku do rozporządzenia, lp. 1)

Dla potrzeb dokumentowania realizacji programu w tym etapie zastosowanie mają wzory dokumentów określone w części C, w szczególności:

- 1) nr 4 – test Fagerströma,
- 2) nr 5 – test motywacji do zaprzestania palenia,
- 3) nr 6 – skala Becka do oceny depresji.

- 1) Świadczeniodawca obowiązany jest do przekazania świadczeniobiorcy informacji o możliwości skorzystania z porady telefonicznej w Poradni Pomocy Palącym oraz zaproponowanie wsparcia leczenia uzależnienia od tytoniu przez specjalistów z tej Poradni;
- 2) porada obejmująca: zapoznanie świadczeniobiorcy z założeniami programu oraz zebranie wywiadu dotyczącego palenia tytoniu, aktualizację informacji z etapu podstawowego, przeprowadzenie testu Fagerströma i testu motywacji do zaprzestania palenia, ocenę depresji i objawów abstynencji, wykonanie badania przedmiotowego, przeprowadzenie wywiadu dotyczącego chorób współistniejących, oznaczenie tlenu w wydychanym powietrzu, przeprowadzenie edukacji, ustalenie wskazań i przeciwwskazań do terapii grupowej lub indywidualnej i farmakoterapii oraz zaplanowanie schematu leczenia jest poradą wstępną w cyklu farmakoterapii lub poradą kwalifikacyjną do terapii grupowej lub indywidualnej:

a) terapia grupowa finansowana jest dla osób z przeciwwskazaniami do farmakoterapii, ze słabszą motywacją i gotowością do zaprzestania palenia, wybierających psychoterapię,

- grupa terapeutyczna powinna liczyć 10-12 osób,
- terapia grupowa jest prowadzona i finansowana przez ok. 3 miesiące, zalecane jest zrealizowanie cyklu 10 spotkań z częstotliwością jedno spotkanie w tygodniu; spotkania mają na celu wzmocnienie motywacji do zaprzestania palenia tytoniu, opracowanie indywidualnego planu rzucenia palenia, nauki nowych zachowań, interakcji grupowych oraz podtrzymania chęci zaprzestania palenia; terapia grupowa obejmuje prowadzenie także ćwiczeń relaksacyjnych,
- badania kontrolne finansowane są po 3, 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia terapii,

b) terapia farmakologiczna finansowana jest dla osób palących, silnie uzależnionych od nikotyny, ze schorzeniami, w których kontynuacja palenia stanowi zagrożenie dla życia i zdrowia, w szczególności po zawale mięśnia sercowego, z POCHP, po leczeniu raka krtani, w trakcie chemioterapii, bez przeciwwskazań do farmakoterapii,

- finansowany jest cykl leczenia obejmujący 3 porady obowiązkowe (porada wstępna oraz 2 porady kontrolne – w razie potrzeby mogą być zrealizowane i sfinansowane jeszcze 1-2 dodatkowe porady kontrolne) i 3 porady kontrolne po 3, 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia,

c) terapia indywidualna prowadzona i finansowana jest przez ok. 3 miesiące, w cyklu do 10 spotkań, badania kontrolne finansowane są po 3, 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia terapii,

W ramach porady kontrolnej po 3, 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia finansuje się w szczególności:

- 1) wywiad dotyczący zaprzestania palenia;
- 2) badanie masy ciała i ciśnienia krwi;
- 3) badanie tlenu węgla w wydychanym powietrzu;
- 4) edukację pacjenta i wsparcie psychiczne podtrzymujące go w zaprzestaniu palenia;

Świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia elektronicznej sprawozdawczości realizacji programu w oparciu o narzędzie informatyczne udostępnione przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

5. Wskaźniki monitorowania oczekiwanych efektów

1) w etapie podstawowym programu

a) skuteczność zapraszania na badania:

- liczba świadczeniobiorców zadeklarowanych do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, którzy zgłosili się do objęcia Programem,
- liczba osób spoza listy świadczeniobiorców zadeklarowanych do danego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, którzy zgłosili się do objęcia Programem,
- liczba osób objętych Programem ogółem,

b) efekty badań:

- liczba osób, które podjęły próbę zaprzestania palenia,
- liczba osób, objętych leczeniem odwykowym w etapie podstawowym,
- liczba osób zakwalifikowanych do grupy ryzyka POChP,
- liczba osób z rozpoznaniem POChP,
- liczba osób skierowanych do etapu specjalistycznego;

2) w etapie specjalistycznym programu

- a) liczba osób objętych programem,
- b) liczba osób uzależnionych od tytoniu,
- c) liczba osób umotywowanych do zaprzestania palenia,
- d) liczba osób, które podjęły próbę zaprzestania palenia,
- e) liczba osób, objętych leczeniem odwykowym w etapie podstawowym,
- f) liczba osób objętych leczeniem odwykowym w etapie specjalistycznym,
- g) liczba osób, które rzuciły palenie w wyniku leczenia w etapie specjalistycznym w podziale na zastosowane metody leczenia,
- h) terapia grupowa (w stosunku do liczby osób objętych terapią),
- i) leczenie farmakologiczne (w stosunku do liczby osób objętych terapią),
- j) liczba osób, które skorzystały z porad telefonicznych.

II. Część B.

W celu realizacji programu świadczeniodawca zobowiązany jest do uzyskania od świadczeniobiorcy udokumentowanej zgody, która zapewni możliwość przekazywania w uzasadnionych przypadkach informacji (w szczególności wyników badań, wezwania po odbiór wyników badań) bezpośrednio z systemu informatycznego Narodowego Funduszu Zdrowia lub przez koordynatora programu.

-Wzór- zgody świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych

Nr telefonu:..... (opcjonalnie)

Adres e-mail: (opcjonalnie)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE.L Nr 119, str. 1, z późn. zm.).

Wyrażam zgodę na przysłanie pocztą tradycyjną prawidłowego wyniku badania oraz przekazanie pocztą e-mail/ przekazanie drogą SMS ** zawiadomienia o kolejnej wizycie.

.....

.....

Miejscowość i data

czytelny podpis świadczeniobiorcy

** niepotrzebne skreślić

III. Część C.

Wzory dokumentacji realizacji Programu:

1) wzór nr 1 - ZMODYFIKOWANY TEST OCENY WIELKOŚCI UZALEŻNIENIA OD NIKOTYNY

W Programie profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP)

Uwaga! Właściwe odpowiedzi na pytania zawarte w teście należy zaznaczyć w odpowiednich polach znakiem „X”.

1. Jak szybko po obudzeniu zapala Pan/i pierwszego papierosa?

- a) w ciągu pierwszej godziny TAK I_I
- b) później niż w pierwszej godzinie TAK I_I

2. Ile papierosów wypala Pan/i w ciągu dnia?

- a) < 10 TAK I_I
- b) 10-20 TAK I_I
- c) > 20 TAK I_I

3. Czy częściej pali Pan/i w ciągu pierwszych godzin po przebudzeniu niż w pozostałej części dnia ?

- a) TAK I_I
- b) NIE I_I

Ocena testu:

Odpowiedzi	1a, 2c i 3a świadczą o silnym uzależnieniu od nikotyny	TAK I_I
	1a, 2a lub 2b i 3a świadczą o średnim uzależnieniu	TAK I_I
	1b, 2a i 3b świadczą o małym uzależnieniu od nikotyny	TAK I_I

.....
data i podpis sporządzającego

2) wzór nr 2 - ANKIETA O STANIE ZDROWIA ŚWIADCZENIOBIORCY w

Programie profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP)

Uwaga! Niniejsza ankieta jest poufna i służy do wstępnej oceny stanu zagrożenia przewlekłą obturacyjną chorobą płuc oraz zakwalifikowania do badania spirometrycznego.

Proszę odpowiedzieć na każde pytanie. Właściwe odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie należy zaznaczyć w odpowiednich polach znakiem „X”.

Dane świadczeniobiorcy:

[illegible]

Imię I I I I I I I I I I I I I I I I Płeć (K- kobieta, M - mężczyzna) I I, Wiek I I I

PESEL I I I I I I I I I I I tel. kontaktowy I I I I I I I I I I

tel. komórkowy I I I I I I I I I I I adres e-mail.....(@).....

Miejscowość I

Kod I I I-I I I I

Ulica I I I I I I I I I I I I I I I Nr lokalu I I I I Nr mieszk. I I I I

[illegible]

Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE.L Nr 119, str. 1).

Wyrażam zgodę na przysłanie pocztą prawidłowego wyniku badania oraz przekazanie pocztą e-mail/ przekazanie drogą SMS ** zawiadomienia o kolejnej wizycie.

Miejscowość i data

czytelny podpis świadczeniobiorcy

****** niepotrzebne skreślić

1. PALENIE PAPIEROSÓW:

·palę czynnie od I I I lat,

·wypalam dziennie I I I sztuk papierosów,

·pale w domu I I, w pracy I I, paliłam/paliłem w dzieciństwie I I

2. KASZEL:

·mam poranny kaszel dla „oczyszczenia” płuc, przez przynajmniej 3 miesiące w roku, od przynajmniej dwóch lat - TAK I I, NIE I I

3. UCZUCIE DUSZNOŚCI:

nie mam duszności I I,

·mam duszność tylko podczas wysiłku fizycznego I I

4. CZY KIEDYKOLWIEK LEKARZ ROZPOZNAŁ U PANI/PANA:

rozedmę płuc

TAK I I,

NIE I I

przewlekłe zapalenie oskrzeli (przewlekły bronchit)

TAK I I,

NIE I I

przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP)

TAK I I,

NIE I I

5. CZY KIEDYKOLWIEK MIAŁ PAN(I) WYKONANE BADANIE SPIROMETRYCZNE

TAK I I, NIE I I

Obowiązkowo wypełnia lekarz

TAK I I, NIE I I

imię, nazwisko, numer prawa wykonywania
zawodu i podpis lekarza

w etapie podstawowym Programu profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP)

Wzrost I I I I cm Waga I I I I,I I I kg

TAK I I, NIE I I

·klatka piersiowa beczkowata TAK I I, NIE I I

·ściszenie szmeru pęcherzykowego

·furczenia TAK I I, NIE I I

TAK I I, NIE I I

TAK I I, NIE I I

FEV ₁ (litr)	
FEV ₁ (% naležnej normy)	
FVC (litr)	
FVC (% naležnej normy)	
FEV ₁ /FVC (%)	
FEV ₁ /FVC (% naležnej normy)	

7. Zalecenia:

imię, nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu

4) wzór nr 4 - TEST UZALEŻNIENIA OD TYTONIU WG. FAGERSTRÖMA

Proszę zaznaczyć jedną właściwą odpowiedź dla każdego pytania

Pytanie	Odpowiedź	Punktacja
1. Jak szybko po przebudzeniu zapala Pan(Pani) pierwszego papierosa?	a. do 5 min	3
	b. w 6-30 min	2
	c. w 31-60 min	1
	d. po 60 min	0
2. Czy ma Pan(Pani) trudności z powstrzymaniem się od palenia w miejscach, gdzie jest to zakazane?	tak	1
	nie	0
3. Z którego papierosa jest Panu(Pani) najtrudniej zrezygnować?	z pierwszego rano	1
	z każdego następnego	0
4. Ile papierosów wypala Pan(Pani) w ciągu dnia?	a. 10 lub mniej	0
	b. 11-20	1
	c. 21-30	2
	d. 31 i więcej	3
5. Czy częściej pali Pan(Pani) papierosy w ciągu pierwszych godzin po przebudzeniu niż w pozostałej części dnia?	tak	1
	nie	0
6. Czy pali Pan (Pani) papierosy nawet wtedy, gdy jest Pan(Pani) nie tak chory/a, że musi leżeć w łóżku?	tak	1
		0
Suma punktów		

Interpretacja testu:	liczba punktów 0-3	uzależnienie słabe
	liczba punktów 4-6	uzależnienie umiarkowane
	liczba punktów 7-10	uzależnienie silne

data i podpis sporządzającego5) wzór nr 5 - TEST MOTYWACJI DO ZAPRZESTANIA PALENIA TYTONIU

Proszę zaznaczyć jedną właściwą odpowiedź dla każdego pytania

Pytanie	Odpowiedź
1. Czy chcesz rzucić palenie tytoniu?	TAK NIE
2. Czy decydujesz się na rzucenie palenia tytoniu dla samego siebie (zaznacz TAK), czy dla kogoś innego, np. dla rodziny (zaznacz NIE)	TAK NIE
3. Czy podejmowałaś/eś już próby rzucenia palenia?	TAK NIE
4. Czy orientujesz się w jakich sytuacjach palisz najczęściej?	TAK NIE
5. Czy wiesz dlaczego palisz tytoń?	TAK NIE

6. Czy mogłabyś/mógłbyś liczyć na pomoc rodziny, przyjaciół itp. gdybyś chciał/a rzucić palenie?
TAK NIE
7. Czy członkowie twojej rodziny są osobami niepalącymi? TAK NIE
8. Czy w miejscu, w którym pracujesz, nie pali się tytoniu? TAK NIE
9. Czy jesteś zadowolona/y ze swojej pracy i trybu życia? TAK NIE
10. Czy orientujesz się, gdzie i w jaki sposób szukać pomocy, gdybyś miał/a problemy z utrzymaniem abstynencji?
TAK NIE
11. Czy wiesz, na jakie pokusy i trudności będziesz narażony/a w okresie abstynencji?
TAK NIE
12. Czy wiesz w jaki sposób samemu sobie poradzić w sytuacjach kryzysowych?
TAK NIE

WYNIK: TAK...../NIE.....

Interpretacja wyników testu motywacji do zaprzestania palenia wg Schneider:

- przewaga odpowiedzi **TAK** (>6) oznacza istnienie motywacji do zaprzestania palenia,
- przewaga odpowiedzi **NIE** oznacza brak motywacji do zaprzestania palenia.

data i podpis sporządzającego

6) wzór nr 6 - SKALA BECKA DO OCENY DEPRESJI

Ocena dotyczy ostatniej doby. W każdym punkcie należy zakreślić tylko jedną odpowiedź.

- A. 0. Nie jestem smutny ani przygnębiony**
1. Odczuwam często smutek, przygnębienie
 2. Przeżywam stale smutek, przygnębienie i nie mogę uwolnić się od tych przeżyć
 3. Jestem stale tak smutny i nieszczęśliwy, że jest to nie do wytrzymania
- B. 0. Nie przejmuję się zbytnio przyszłością**
1. Często martwię się o przyszłość
 2. Obawiam się, że w przyszłości nic dobrego mnie nie czeka
 3. Czuję, że przyszłość jest beznadziejna i nic tego nie zmieni
- C. 0. Sądzę, że nie popełniam większych zaniedbań**
1. Sądzę, że nie czynię więcej zaniedbań niż inni
 2. Kiedy spoglądam na to, co robiłem, widzę mnóstwo błędów i zaniedbań
 3. Jestem zupełnie niewydolny i wszystko robię źle
- D. 0. To co robię sprawia mi przyjemność**
1. Nie cieszy mnie to, co robię
 2. Nic mi teraz nie daje prawdziwego zadowolenia
 3. Nie potrafię przeżywać zadowolenia i przyjemności, wszystko mnie nuży
- E. 0. Nie czuję się winnym wobec siebie, ani wobec innych**
1. Dość często miewam wyrzuty sumienia
 2. Często czuję, że zawiniłem
 3. Stale czuję się winnym
- F. 0. Sądzę, że nie zasługuję na karę**
1. Sądzę, że zasługuję na karę

2. Spodziewam się ukarania
3. Wiem, że jestem karany (lub ukarany)

G. 0. Jestem z siebie zadowolony

1. Nie jestem z siebie zadowolony
2. Czuję do siebie niechęć
3. Nienawidzę siebie

H. 0. Nie czuję się gorszy od innych ludzi

1. Zarzucam sobie, że jestem nieudolny i popełniam błędy
2. Stale potępiam siebie za popełnione błędy
3. Winie siebie za wszystko zło, które istnieje

I. 0. Nie myślę o odebraniu sobie życia

1. Myślę o samobójstwie - ale nie mógłbym tego dokonać
2. Pragnę odebrać sobie życie
3. Popełnię samobójstwo, jak będzie odpowiednia sposobność

J. 0. Nie płaczę częściej niż zwykle

1. Płaczę częściej niż dawniej
2. Ciągłe chce mi się płakać
3. Chciałbym płakać, lecz nie jestem w stanie

K. 0. Nie jestem bardziej podenerwowany niż dawniej

1. Jestem bardziej nerwowy i przykry niż dawniej
2. Jestem stale zdenerwowany lub rozdrażniony
3. Wszystko co dawniej mnie drażniło, stało się obojętne

L. 0. Ludzie interesują mnie jak dawniej

1. Interesuję się ludźmi mniej niż dawniej
2. Utraciłem większość zainteresowań innymi ludźmi
3. Utraciłem wszelkie zainteresowania innymi ludźmi

M. 0. Decyzję podejmuję łatwo, tak jak dawniej

1. Częściej niż kiedyś odwlekam podjęcie decyzji
2. Mam dużo trudności z podjęciem decyzji
3. Nie jestem w stanie podjąć żadnej decyzji

N. 0. Sądzę, że nie wyglądam gorzej niż dawniej

1. Martwię się tym, że wyglądam staro i nieatrakcyjnie
2. Czuję, że wyglądam coraz gorzej
3. Jestem przekonany, że wyglądam okropnie i odpychająco

O. 0. Mogę pracować jak dawniej

1. Z trudem rozpoczynam każdą czynność
2. Z wielkim wysiłkiem zmuszam się do zrobienia czegokolwiek
3. Nie jestem w stanie nic zrobić

P. 0. Sypiam dobrze, jak zwykle

1. Sypiam gorzej niż dawniej
2. Rano budzę się 1-2 godzin za wcześnie i trudno jest mi ponownie usnąć
3. Budzę się kilka godzin za wcześnie i nie mogę usnąć

Q. 0. Nie męczę się bardziej niż dawniej

1. Męczę się znacznie łatwiej niż poprzednio
2. Męczę się wszystkim co robię
3. Jestem zbyt zmęczony, aby cokolwiek zrobić

R. 0. Mam apetyt nie gorszy niż dawniej

1. Mam trochę gorszy apetyt
2. Apetyt mam wyraźnie gorszy
3. Nie mam w ogóle apetytu

S. 0. Nie tracę na wadze ciała (w okresie ostatniego miesiąca)

1. Straciłem na wadze więcej niż 2 kg
2. Straciłem na wadze więcej niż 4 kg
3. Straciłem na wadze więcej niż 6 kg

Jadam specjalnie mniej, by stracić na wadze: tak , nie

T. 0. Nie martwię się o swoje zdrowie bardziej niż zawsze

1. Martwię się swoimi dolegliwościami, mam rozstrój żołądka, zaparcia, bóle
2. Stan mojego zdrowia bardzo mnie martwi, często o tym myślę
3. Tak bardzo się martwię o swoje zdrowie, że nie mogę o niczym innym myśleć

U. 0. Moje zainteresowania seksualne nie uległy zmianom

1. Jestem mniej zainteresowany sprawami seksu
2. Problemy płciowe wyraźnie mniej mnie interesują
3. Utraciłem wszelkie zainteresowanie sprawami seksu

data i podpis sporządzającego

**ZAKRES DANYCH SPRAWOZDAWCZYCH W RAPORTACH STATYSTYCZNYCH
Z REALIZACJI ŚWIADCZEŃ w etapie podstawowym Programu
Świadczenia sprawozdawane za pomocą komunikatu XML:**

L.p.	Kod świadczenia wg NFZ ¹	Kod świadczenia wg rozporządzenia MZ	Nazwa jednostki sprawozdawanej	Liczba świadczeń w okresie	Sprawozdawczość elektroniczna – obowiązujący typ komunikatu XML
1	5.01.00.0000049	47.4	porada lekarska w programie profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP) - z uwzględnieniem informacji o efekcie udzielonego świadczenia wg słownika efektów dla Programu pod objaśnieniami	n.d	SWIAD
2	5.01.00.0000050	47.4	porada lekarska w programie profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP) z wykonanym badaniem spirometrycznym – z uwzględnieniem informacji o efekcie udzielonego świadczenia wg słownika efektów dla Programu pod objaśnieniami	n.d	SWIAD

Objaśnienia:

¹ kod wskazywany przez świadczeniodawcę przy sporządzaniu sprawozdania

Słownik efektów udzielanych świadczeń w Programie profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP)

Kod efektu	Nazwa efektu
1011	pacjent podjął próbę zaprzestania palenia
1012	pacjent objęty leczeniem odwykowym w etapie podstawowym Programu
1013	pacjent zakwalifikowany do grupy ryzyka POChP
1014	pacjent z rozpoznaną POChP
1015	pacjent skierowany do leczenia odwykowego w etapie specjalistycznym Programu
1016	pacjent skierowany do leczenia odwykowego w poradni leczenia uzależnień

Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Sprawozdanie merytoryczne z realizacji etapu specjalistycznego Programu

z realizacji umowy nrza okres

PROGRAM PROFILAKTYKI CHOROÓB ODTYTONIOWYCH (w tym POChP)

L.P.	miara produktu			liczba osób
1	Liczba osób objętych leczeniem odwykowym w Etapie specjalistycznym w podziale na:	osoby skierowane z poz lub ze szpitala		
		osoby, które zgłosiły się bez skierowania.		
		razem		
2	Liczba osób, które rzuciły palenie w wyniku leczenia w Etapie specjalistycznym w podziale na zastosowane metody leczenia	psychoterapia grupowa (w stosunku do liczby osób objętych terapią),	liczba osób objętych psychoterapią	
			liczba osób, które zaprzestały palenia tytoniu	
		psychoterapia indywidualna (w stosunku do liczby osób objętych terapią),	liczba osób objętych psychoterapią	
			liczba osób, które zaprzestały palenia tytoniu	
		leczenie farmakologiczne (w stosunku do liczby osób objętych terapią).	liczba osób objętych farmakoterapią	
			liczba osób, które zaprzestały palenia tytoniu	
3	Liczba osób, które skorzystały z porad telefonicznych.			

.....

Data sporządzenia Oznaczenie świadczeniodawcy*

*podpis kwalifikowany albo pieczęć lub nadruk, lub naklejka świadczeniodawcy, zawierające nazwę, adres, NIP, REGON wraz z podpisem

WARUNKI FINANSOWANIA PROGRAMU BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO

1. Opis problemu zdrowotnego

Analizy publikowane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) wykazują, że nowotwory złośliwe w 2030 r. będą stanowiły na świecie główną przyczynę zgonów. Pomimo rozwijających się w kraju specjalistycznych ośrodków onkologicznych, realizacji Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych i coraz liczniejszych programów lekowych zjawisko to dotyczyć będzie również Rzeczypospolitej Polskiej. Rak jelita grubego stanowi obecnie drugą pozycję (po raku płuca) wśród wszystkich zapadalności na nowotwory w populacji polskiej i drugą w grupie onkologicznych przyczyn zgonów. Analiza krajowych trendów epidemiologicznych pochodzących z ostatnich 40 lat wskazuje, że nowotwór jelita grubego zajmuje bardzo wysokie miejsce, jeśli chodzi o częstość zapadalności u obu płci – drugie wśród kobiet i trzecie wśród mężczyzn. Jest więc jednym z najistotniejszych epidemiologicznie problemów w populacji, a także dużym wyzwaniem dla opieki zdrowotnej.

2. Cel programu

Celem programu jest zapewnienie nie tylko spadku umieralności świadczeniobiorców dzięki możliwości wykrywania wczesnych bezobjawowych postaci raka poprzez wykonanie kolonoskopii przesiewowej, ale także spadek zapadalności – czyli liczby nowych nowotworów w przyszłości dzięki usuwaniu polipów w trakcie badania przesiewowego

3. Kryterium wyłączenia z programu

Kryteriami wyłączenia są:

- 1) objawy kliniczne sugerujące istnienie raka jelita grubego;
- 2) kolonoskopia wykonana w ostatnich 10 latach.

4. Populacja, do której skierowany jest program

Zgodnie z l.p. 8 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych.

5. Zasady objęcia programem

Do udziału w programie nie jest wymagane skierowanie. Akcję informacyjną o programie prowadzą świadczeniodawcy realizujący program.

Kwalifikacji do programu przeprowadza się poprzez przeprowadzenie ankiety kwalifikacyjnej do programu, której wzór stanowi załącznik do niniejszego załącznika oraz która jest rejestrowana w systemie informatycznym udostępnionym przez Fundusz. Podpisany wydruk ankiety kwalifikacyjnej należy dołączyć do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

W ramach kwalifikacji pacjenta do programu, świadczeniodawca jest zobowiązany do:

- poinformowania pacjenta o celu badania i jego znaczeniu,
- poinformowania pacjenta o procesie przygotowania się do badania (instruktaż dot. diety i schematu przyjmowania preparatu do oczyszczania jelit),
- wydania pacjentowi preparatu oczyszczającego jelito oraz instrukcji jego zastosowania,
- poinformowania pacjenta o przebiegu badania, przeciwwskazaniach do badania i możliwych skutkach ubocznych.

W ramach programu przesiewowego raka jelita grubego dopuszcza się nie więcej niż 3% badań bez uwidocznienia dna kątnicy i proksymalnego fałdu zastawki Bauhina.

Badanie w znieczuleniu miejscowym (z zastosowaniem żelu znieczulającego) przysługuje każdemu pacjentowi, który nie ma do tego przeciwwskazań medycznych.

Dostęp do badania w znieczuleniu ogólnym (sedacji) przysługuje pacjentom:

- po przebytych rozległych operacjach w obrębie jamy brzusznej, zwłaszcza operacjach ginekologicznych, w tym cięciach cesarskich i operacjach będących wynikiem powikłań medycznych,
- po niepełnych lub bardzo bolesnych badaniach endoskopowych jelita grubego w przeszłości,
- świadczeniobiorcom, którzy zgłaszają u świadczeniodawcy duży lęk przed wykonaniem badania.

Świadczeniodawca jest zobowiązany do prowadzenia elektronicznej sprawozdawczości w zakresie prowadzonych badań i ich wyników w systemie informatycznym udostępnionym przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

6. Warunki finansowania świadczeń

Świadczeniodawca obowiązany jest posiadać dostęp do Internetu umożliwiający prowadzenie elektronicznej sprawozdawczości realizacji programu w oparciu o narzędzie informatyczne udostępnione przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Zarejestrowanie świadczeniobiorcy w systemie informatycznym powinno nastąpić nie później niż w dniu badania.

Świadczenie realizowane jest w trybie ambulatoryjnym. Świadczenia mogą odbywać się tylko w ramach innego harmonogramu pracy pracowni niż w kolonoskopii w ramach ASDK.

Każde badanie podlega podsumowaniu, tj. wydaniu pacjentowi wyniku badania oraz wskazania dalszych zaleceń w zakresie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego (skierowanie do leczenia lub określenie terminu kolejnego badania). W trakcie wizyty podsumowującej należy przeprowadzić z pacjentem ankietę po badaniu, dostępną w systemie informatycznym udostępnionym przez Fundusz. W przypadku wyniku prawidłowego konsultacja może odbyć się za pośrednictwem teleporady.

Świadczeniodawca obowiązany jest wykonać wszystkie niezbędne procedury diagnostyczne (w ramach jednej umowy - zgodnie z katalogiem świadczeń), a po ich zakończeniu możliwe jest rozliczenie kompleksowego świadczenia.

7. Postępowanie w przypadku stwierdzenia zmian chorobowych:

- 1) pobranie wycinka z nacieku nowotworowego lub zmian podejrzanych o charakter nowotworowy,
- 2) usunięciu polipów wielkości do 15 mm;
- 3) poddaniu badaniu histopatologicznemu wszystkich wycinków i usuniętych polipów;
- 4) ustaleniu dalszych zaleceń dotyczących leczenia u osób poddanych badaniom przesiewowym;
- 5) poinformowanie o możliwości wykonania kolejnego badania w ustalonym interwale czasowym;
- 6) osoby, u których rozpoznano nowotwór lub inne schorzenia wymagające leczenia specjalistycznego skierowanie (poza programem) na dalsze badania diagnostyczne lub leczenie do świadczeniodawców posiadających z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy w odpowiednich rodzajach świadczeń;
- 7) zgłoszenie przez świadczeniodawcę wykrytych raków jelita grubego do regionalnego lub Krajowego Rejestru Nowotworów.

8. Wskaźniki monitorowania oczekiwanych efektów

- 1) zgłaszalność osób na badania - liczba osób z uwzględnieniem płci i wieku objętych programem;
- 2) efekty realizacji programu, w tym w szczególności:
 - a) liczba osób z uwzględnieniem płci i wieku z wykonaną kolonoskopią diagnostyczną,
 - b) liczba osób z uwzględnieniem płci i wieku z wykonaną kolonoskopią diagnostyczną z biopsją (z badaniem hist-pat),
 - c) liczba osób z uwzględnieniem płci i wieku z wykonaną kolonoskopią z polipektomią (z badaniem hist-pat),
 - d) liczba osób z uwzględnieniem płci i wieku z usuniętymi polipami (1 do 3),

- e) liczba osób z uwzględnieniem płci i wieku z usuniętymi polipami (4 i więcej),
 - f) % badań z uwzględnieniem płci i wieku z usuniętymi polipami gruczołowymi lub ząbkowanymi (w ośrodku i każdego z wykonujących badania lekarzy),
 - g) liczba osób z uwzględnieniem płci i wieku ze znieczuleniem ogólnym,
 - h) liczba osób z uwzględnieniem płci i wieku z prawidłowym wynikiem kolonoskopii,
 - i) liczba osób z uwzględnieniem płci i wieku z nieprawidłowym wynikiem kolonoskopii wymagającym dalszej diagnostyki,
 - j) liczba osób z uwzględnieniem płci i wieku z rozpoznaniem nowotworem;
- 3) jakość badań:
- a) liczba badań bez uwidocznienia dna kątnicy i proksymalnego fałdu zastawki Bauhina u kobiet i mężczyzn (dopuszcza się nie więcej niż 3%),
 - b) % badań z wykryciem polipów,
 - c) % badań z wykryciem polipów gruczołowych,
 - d) % badań z całkowitym usunięciem zmian stwierdzanych w jego trakcie,
 - e) odsetek chorych nieprzygotowanych do badania (poniżej 6 pkt w skali Boston, lub co najmniej jeden segment jelita poniżej 2 pkt),
 - f) odsetek badań z uwidocznieniem dna kątnicy (wskaźnik CIR).

ANKIETA DLA PACJENTÓW OBJĘTYCH PROGRAMEM BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO

Część A. Dane pacjenta

Nr identyfikacyjny badania: _____	Data badania: dd/mm/rrrr			
PESEL:	Adres zamieszkania:			
Nazwisko:	ul.			
Imię:	Kod pocztowy:			
Wiek:	Miejscowość:			
Nr telefonu*:	Adres e-mail*:			
Informację o badaniu uzyskałem/am z:				
<input type="checkbox"/> przychodnia POZ	<input type="checkbox"/> lekarz specjalista	<input type="checkbox"/> prasa, radio, telewizja, Internet	<input type="checkbox"/> indywidualne zaproszenie od realizatora programu: <input type="checkbox"/> list, <input type="checkbox"/> telefon, <input type="checkbox"/> sms	<input type="checkbox"/> inne

Część B. Wywiad kliniczny

Parametry antropometryczne:	Masa ciała ____ kg	Wzrost ____ cm	BMI ____
1. Czy występują u Pana/Pani następujące objawy			
krw w kale/anemia:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	
niezamierzone chudnięcie:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	
Zmiana rytmu wypróżnień:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	
2. Czy miał Pan/Pani w przeszłości wykonaną kolonoskopię?			
ostatnie badanie przeprowadzono w roku: _____, ew. miejsce (ośrodek): _____			
wynik ostatniego badania:	<input type="checkbox"/> prawidłowy	<input type="checkbox"/> polipy (zmiany łagodne)	<input type="checkbox"/> rak
			<input type="checkbox"/> inny, jaki _____
3. Czy ktoś z Pana/Pani bliskiej rodziny (tj. ojciec, matka, brat, siostra, syn, córka) chorował/choruje na raka jelita grubego?			
<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem	<input type="checkbox"/> tak	
<i>Jeśli tak należy wskazać członków rodziny, którzy chorują/chorowali ze wskazaniem wieku w chwili rozpoznania:</i>			
Ojciec, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:	<input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia		<input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia

Matka, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:	<input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia	<input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia
Brat, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:	<input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia	<input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia
Siostra, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:	<input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia	<input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia
Syn/córka, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:	<input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia	
4. Czy zażywa Pan/Pani leki „rozrzedzające” (przeciwnkrzepliwe) krew?		
<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	<i>Jeśli tak należy wskazać jakie:</i> <input type="checkbox"/> acetylosylicylany (np. Aspiryn, Protect, Acard, Polocard) <input type="checkbox"/> leki przeciwnkrzepliwe (np. Sintrom, Acenokumarol, Warfin) <input type="checkbox"/> leki przeciw płytkowe (np. Plavix, Clopidogrel, Areplex, Trombex, Zylt, Plavocorin) <input type="checkbox"/> NOAC - doustne leki przeciwzakrzepowe nowej generacji (np. Dabigatran, Riwaroksaban, Apiksaban, Edoksaban)
5. Czy pali Pan/Pani papierosy?		
<input type="checkbox"/> Tak	Ile lat: _____	Ile papierosów dziennie: _____
<input type="checkbox"/> Nie, ale paliłem/am w przeszłości	Rzuciłem/am: _____ lat temu	Paliłem/am: _____ papierosów dziennie
<input type="checkbox"/> Nie, ale jestem biernym palaczem		
<input type="checkbox"/> Nie, nigdy nie paliłem/am		
6. Czy choruje Pan/Pani na wymienione poniżej choroby?		
Choroby serca ograniczające codzienną aktywność:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak, jakie: _____
Choroby płuc ograniczające codzienną aktywność:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak, jakie: _____
Cukrzyca:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak – od _____ lat
Niewydolność nerek:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
Padaczka:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
Inne istotne choroby współistniejące:	_____	

Część C. Oświadczenia

Oświadczenia		
Oświadczam, że nie miałem/miałam wykonanej kolonoskopii w okresie ostatnich 10 lat.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Oświadczam, że zostałem poinformowany o sposobie przygotowania się do badania oraz otrzymałem/am preparat do oczyszczenia jelita	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Zostałem/am poinformowany/a o celu badań kolonoskopowych w ”Programie badań przesiewowych raka jelita grubego”, o znaczeniu wykonywanych badań dla ustalenia rozpoznania oraz o możliwości zrezygnowania z prowadzenia badania w dowolnym momencie, bez jakichkolwiek konsekwencji.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania kolonoskopowego w „Programie badań przesiewowych raka jelita grubego”.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonu lub adresu e-mail w celu przekazania informacji o dalszym udziale w programie.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Miejscowość i data	Podpis świadczeniobiorcy	

Część D. Decyzja o kwalifikacji

Kwalifikacja do badania:**	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Miejscowość i data	Podpis lekarza kwalifikującego do badania	

Część E. Część informacyjna dla pacjenta.

1. Kryteria kwalifikacji do programu

Osoby w wieku:

- 1) 50–65 lat;
- 2) 40–49 lat, które posiadają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano nowotwór jelita grubego.

2. Kryteria wyłączenia

Osoby, u których:

- 1) występują objawy kliniczne sugerujące nowotwór jelita grubego;
- 2) kolonoskopia została wykonana w okresie ostatnich 10 lat.

*Profilaktyczne badanie kolonoskopowe wykonane w ramach **Programu badań przesiewowych raka jelita grubego** jest świadczeniem gwarantowanym, finansowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia.*

Celem badania jest wykrycie zmian błony śluzowej jelita grubego: polipów – gruczolaków, czyli nowotworów we wczesnej fazie rozwoju – są to zmiany potencjalnie całkowicie wyleczalne. Usunięcie polipów jest bezbolesne. Osoby ze zmianami większymi niż 15 mm będą kierowane do ich usunięcia w warunkach szpitalnych.

Badanie wykonuje się za pomocą kolonoskopu (giętkiego przyrządu) wprowadzonego przez odbyt do oczyszczonego jelita grubego. Wprowadzanie endoskopu jest bezbolesne dla większości osób, może jednak powodować wzdęcie, uczucie parcia i ucisku w brzuchu. Badanie trwa zwykle ok. 30 minut. Dobre przygotowanie, czyli oczyszczenie jelita do badania ma wpływ na jakość, czas i bezpieczeństwo badania. Po ustaleniu terminu kolonoskopii będzie udzielona dokładna instrukcja przygotowania do badania.

Poważne zdarzenia niepożądane są rzadkie: krwawienie (1/1000 badań), perforacja (1/10 000 badań).

Badanie może być wykonane w ośrodku realizującym Program badań przesiewowych raka jelita grubego.

Część F. Wzór zgody

**-Wzór-
zgody świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych**

Nr telefonu:..... (opcjonalnie)

Adres e-mail: (opcjonalnie)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE.L Nr 119, str. 1, z późn. zm.).

Wyrażam zgodę na przysyłanie pocztą tradycyjną prawidłowego wyniku badania oraz przekazanie pocztą e-mail/ przekazanie drogą SMS * zawiadomienia o kolejnej wizycie.

.....
Miejscowość i data

.....
czytelny podpis świadczeniobiorcy

*dane opcjonalne na podstawie zgody świadczeniobiorcy (określonej w części F)

** jeżeli na pytanie nr 1 była chociaż jedna odpowiedź TAK kwalifikacja pozytywna do badania jest niemożliwa

*** niepotrzebne skreślić

Uzasadnienie

Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

Materia zawarta w niniejszej regulacji określona była dotychczas w zarządzeniu Nr 168/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne (z późn. zm.), który zgodnie z § 18, z dniem wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia, utraci moc obowiązującą.

Regulacje wprowadzone niniejszym zarządzeniem polegają w szczególności na wdrożeniu nowego *Programu badań przesiewowych raka jelita grubego* jako świadczenia gwarantowanego określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 1366). W związku z powyższym, dodano załącznik nr 7 do zarządzenia - *Warunki finansowania programu badań przesiewowych raka jelita grubego* wraz z załącznikiem (ankieta dla pacjentów objętych programem badań przesiewowych raka jelita grubego).

Ponadto, w porównaniu do regulacji dotychczas obowiązującej, niniejszym zarządzeniem dokonano korekt w poszczególnych załącznikach do zarządzenia, tj.:

1) w załączniku 1 do zarządzenia dodano zakres świadczeń „Program badań przesiewowych raka jelita grubego” wraz ze świadczeniami (produktami rozliczeniowymi) – z uwzględnieniem wyceny AOTMiT ze stosownymi korektami (wzrost o 4,5% oraz wzrost wynikający z rekomendacji nr 65 AOTMiT);

2) w załączniku nr 2 do zarządzenia (wzór umowy) dokonano korekt redakcyjnych;

3) w załączniku nr 3 (dotyczącym programu profilaktyki raka szyjki macicy) oraz w załączniku nr 4 (dotyczącym programu profilaktyki raka piersi), dokonano aktualizacji danych epidemiologicznych oraz dokonano korekty wzoru zgody pacjenta;

4) w załączniku nr 5 do zarządzenia (dotyczącym programu badań prenatalnych), dokonano korekty zapisów dot. certyfikatów potwierdzających kwalifikacje lekarzy wykonujących badania USG płodu oraz dokonano korekty wzoru zgody pacjenta;

5) w załączniku nr 6 do zarządzenia (dotyczącym profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)), dokonano korekty w ankiecie o stanie zdrowia świadczeniobiorcy poprzez usunięcie pola ‘pocztą’ oraz dokonano korekty wzoru zgody pacjenta.

Projekt zarządzenia zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 787, z późn. zm.), został poddany konsultacjom zewnętrznym, w ramach których uwagi zgłosiło 5 podmiotów. Uwagi uzasadnione zostały uwzględnione w ostatecznej wersji zarządzenia.

Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – *Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej*.

Skutek finansowy dla wprowadzanych niniejszym zarządzeniem zmian oszacowano na 82 455 046 zł.