

Warszawa, dnia 18 grudnia 2012 r.

Poz. 1422

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 6 grudnia 2012 r.

w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych

Na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

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

§ 2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) dostęp – zapewnienie realizacji świadczeń gwarantowanych w innym miejscu udzielania świadczeń lub lokalizacji niż ta, w której świadczenia te są udzielane;
- 2) lekarz specjalista – lekarza, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w podstawowej lub szczególnej dziedzinie medycyny.

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

§ 4. 1. W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie badania diagnostyczne, leki i wyroby medyczne oraz środki pomocnicze.

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

- 1) chorób krwi i narządów krwiotwórczych,
- 2) chorób nowotworowych,

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378 oraz z 2012 r. poz. 123, 1016 i 1342.

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

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

§ 5. Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych oraz warunki ich realizacji określa załącznik do rozporządzenia.

§ 6. 1. Świadczeniodawca niespełniający warunków realizacji świadczeń gwarantowanych określonych w rozporządzeniu, z którym przed dniem wejścia w życie rozporządzenia zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres dłuższy niż do dnia 31 grudnia 2013 r., może realizować świadczenia gwarantowane na warunkach określonych w tej umowie, nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2013 r.

2. Świadczeniodawca niespełniający warunków realizacji świadczeń gwarantowanych określonych w rozporządzeniu, z którym przed dniem wejścia w życie rozporządzenia zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres nie dłuższy niż do dnia 31 grudnia 2013 r., może realizować świadczenia gwarantowane na warunkach określonych w tej umowie.

§ 7. Świadczeniobiorcy, którzy zostali, przed dniem 1 lipca 2012 r., zakwalifikowani do leczenia w ramach terapeutycznych programów zdrowotnych, kontynuują po tym dniu to leczenie w ramach odpowiednich programów lekowych przysługujących na podstawie art. 15 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przy czym świadczenia chemioterapii niestandardowej realizowane są na zasadach określonych w art. 70 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696 oraz z 2012 r. poz. 95 i 742).

§ 8. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, z mocą od dnia 1 lipca 2012 r., z wyjątkiem lp. 6 załącznika do rozporządzenia, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2013 r.³⁾

Minister Zdrowia: *B.A. Arłukowicz*

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. Nr 140, poz. 1148 i Nr 211, poz. 1643, z 2010 r. Nr 5, poz. 29, Nr 75, poz. 487 i Nr 251, poz. 1688 oraz z 2011 r. Nr 52, poz. 270 i 271, Nr 110, poz. 651, Nr 194, poz. 1152, Nr 244, poz. 1455 i 1456 i Nr 269, poz. 1593, 1597 i 1598), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 85 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696 oraz z 2012 r. poz. 95 i 742).

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 6 grudnia 2012 r. (poz. 1422)

WYKAZ ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH
ORAZ WARUNKI ICH REALIZACJI

Lp.	Nazwa programu zdrowotnego	
1.	Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP)	
Zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych	
	Świadczeniobiorcy	Świadczeniodawcy
1	2	3
<p>Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP) – etap podstawowy. Program obejmuje:</p> <p>I. Poradnictwo antytytoniowe:</p> <p>1) zebranie wywiadu dotyczącego palenia tytoniu, z uwzględnieniem: wieku rozpoczęcia palenia, liczby lat palenia, liczby wypalanych papierosów (ilości wypalanego tytoniu) dziennie, liczby prób zaprzestania palenia i czasu ich trwania, chęci zaprzestania palenia i motywacji do porzucenia palenia oraz ocenę poziomu uzależnienia od tytoniu;</p> <p>2) pomiar masy ciała, wzrostu, ciśnienia tętniczego krwi;</p> <p>3) badanie fizykalne;</p> <p>4) edukacja dotycząca skutków zdrowotnych palenia tytoniu; poinformowanie, że palenie tytoniu jest głównym czynnikiem ryzyka zachorowania na POChP, raka płuca, krtani i pęcherza moczowego i innych chorób nowotworowych oraz chorób układu krążenia; zwrócenie uwagi na szkodliwy wpływ palenia biernego na zdrowie niepalących, szczególnie dzieci;</p> <p>5) w przypadku kobiet – poinformowanie również, że palenie tytoniu jest czynnikiem ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy i udzielenie informacji o Programie profilaktyki raka szyjki macicy;</p> <p>6) porada antytytoniowa z zaplanowaniem terapii odwykowej dla świadczeniobiorców, którzy wykażą gotowość rzucenia palenia w okresie najbliższych 30 dni, a w przypadku braku motywacji do zaprzestania palenia – zidentyfikowanie powodu</p>	<p>1. Kryteria kwalifikacji</p> <p>I. Poradnictwo antytytoniowe adresowane jest do osób powyżej 18. roku życia palących tytoń.</p> <p>II. W zakresie diagnostyki i profilaktyki POChP – kobiety i mężczyźni pomiędzy 40. a 65. rokiem życia (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia), którzy nie mieli wykonanych badań spirometrycznych w ramach programu profilaktyki POChP w okresie ostatnich 36 miesięcy, u których nie zdiagnozowano wcześniej, w sposób potwierdzony badaniem spirometrycznym, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (lub przewlekłego zapalenia oskrzeli lub rozedmy).</p> <p>2. Wyłączenie z programu:</p> <p>1) skierowanie świadczeniobiorcy (osoby ze średnim i wysokim stopniem motywacji do rzucenia palenia oraz wszystkie palące kobiety w ciąży) do etapu specjalistycznego programu wraz z przekazaniem kopii dokumentacji medycznej dotyczącej przebiegu etapu podstawowego programu – w przypadku niepowodzenia terapii po 30 dniach;</p> <p>2) skierowanie do odpowiedniego świadczeniodawcy – w przypadku świadczeniobiorców ze stwierdzonymi na podstawie przeprowadzonego badania lekarskiego nieprawidłowościami wymagającymi dalszej diagnostyki lub leczenia, a w przypadku nieprawidłowego badania spirometrycznego do dalszej diagnostyki pulmonologicznej.</p>	<p>1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny.</p> <p>2. Warunki wymagane od świadczeniodawców:</p> <p>1) personel:</p> <p>a) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej posiadający udokumentowane umiejętności w leczeniu zespołu uzależnienia od tytoniu, dopuszcza się współpracę z pielęgniarką posiadającą co najmniej ukończony kurs kwalifikacyjny pielęgniarstwa zachowawczego lub środowiskowego/rodzinnego lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub</p> <p>b) pielęgniarka specjalista z pielęgniarstwa zachowawczego lub środowiskowego/rodzinnego lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej;</p> <p>2) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:</p> <p>a) aparat EKG,</p> <p>b) podstawowy zestaw reanimacyjny,</p> <p>c) pozostałe wyposażenie: – zestaw przeciwwstrząsowy, – waga medyczna ze wzrostomierzem, – zestaw do wykonywania zabiegów i opatrunków, – aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi, – stetoskop, – glukometr, – otoskop, – lodówka, – kozetka lekarska, – stolik zabiegowy, – szafka przeznaczona do przechowywania leków i wyrobów medycznych, – telefon,</p>

<p>i uświadomienie zagrożenia chorobami odtytoniowymi;</p> <p>7) prowadzenie terapii odwykowej zgodnie z ustalonym ze świadczeniobiorcą schematem postępowania.</p> <p>II. Diagnostyka i profilaktyka POChP:</p> <p>1) zebranie wywiadu dotyczącego palenia tytoniu, z uwzględnieniem: wieku rozpoczęcia palenia, liczby lat palenia, liczby wypalanych papierosów (ilości wypalanego tytoniu) dziennie, liczby prób zaprzestania palenia i czasu ich trwania, chęci zaprzestania palenia i motywacji do porzucenia palenia oraz ocenę poziomu uzależnienia od tytoniu;</p> <p>2) pomiar masy ciała, wzrostu, ciśnienia tętniczego krwi;</p> <p>3) badanie fizykalne;</p> <p>4) badanie spirometryczne u osób w wieku 40–65 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia);</p> <p>5) edukacja dotycząca skutków zdrowotnych palenia tytoniu; poinformowanie, że palenie tytoniu jest głównym czynnikiem ryzyka zachorowania na POChP, raka płuca, krtani i pęcherza moczowego i innych chorób nowotworowych oraz chorób układu krążenia; zwrócenie uwagi na szkodliwy wpływ palenia biernego na zdrowie niepalących, szczególnie dzieci;</p> <p>6) w przypadku kobiet – poinformowanie również, że palenie tytoniu jest czynnikiem ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy i udzielenie informacji o Programie profilaktyki raka szyjki macicy;</p> <p>7) porada antytytoniowa z zaplanowaniem terapii odwykowej dla świadczeniobiorców, którzy wykażą gotowość rzucenia palenia w okresie najbliższych 30 dni, a w przypadku braku motywacji do zaprzestania palenia – zidentyfikowanie powodu i uświadomienie zagrożenia chorobami odtytoniowymi;</p> <p>8) prowadzenie terapii odwykowej zgodnie z ustalonym ze świadczeniobiorcą schematem postępowania.</p>		<p>d) spirometr lub przystawka spirometryczna spełniająca następujące minimalne wymogi techniczne: funkcja mierzenia i rejestrowania zmiennych: FEV1 i FVC oraz wydechowej części krzywej przepływ-objętość, czułość pomiaru: $\pm 3\%$ lub 0,05 L; zakres: 0–8 L; czas: 1 i 15 sek., prezentacja wyników pomiarów w wartościach należnych według ECCS/ERS, możliwość obserwacji wydechowej części krzywej przepływ-objętość w czasie wykonywania badania, funkcja prezentacji i archiwizacji wyniku (wydruk), rejestracja wydechowej części krzywej przepływ-objętość, prezentacja wyników trzech pomiarów spirometrycznych w wartościach bezwzględnych i procentach wielkości należnej (według ECCS/ERS), funkcja obliczania wskaźnika FEV1/FVC w wielkości bezwzględnej oraz wyrażonej jako procent wielkości należnej.</p>
--	--	---

<p>Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP) – etap specjalistyczny. Program obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none">1) zebranie wywiadu dotyczącego palenia tytoniu, z uwzględnieniem: wieku rozpoczęcia palenia, liczby lat palenia, liczby wypalanych papierosów (ilości wypalanego tytoniu) dziennie, liczby prób zaprzestania palenia i czas ich trwania, chęci zaprzestania palenia i motywacji do zaprzestania palenia;2) w przypadku osób skierowanych z etapu podstawowego ocena informacji zebranych o świadczeniobiorcy w etapie podstawowym i ich aktualizacja;3) przeprowadzenie testów oceniających poziom uzależnienia od tytoniu, motywacji do zaprzestania palenia, depresji, objawów abstynencji;4) badanie przedmiotowe: pomiar masy ciała, wzrostu oraz ciśnienia tętniczego krwi;5) badanie poziomu tlenu węgla w wydychanym powietrzu;6) przeprowadzenie wywiadu dotyczącego chorób współistniejących;7) osobom pomiędzy 40. a 65. rokiem życia (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia), którzy nie mieli wykonanych badań spirometrycznych w ramach programu profilaktyki POChP w okresie ostatnich 36 miesięcy, u których nie zdiagnozowano wcześniej, w sposób potwierdzony badaniem spirometrycznym, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (lub przewlekłego zapalenia oskrzeli lub rozedmy) należy zalecić wykonanie badania spirometrycznego lub rtg. klatki piersiowej poprzez przekazanie listu do lekarza poz zawierającego zebrane informacje i zalecenia lub prośbę o skierowanie do poradni pulmonologicznej;8) przeprowadzenie edukacji świadczeniobiorców, praktyczne porady dla osób palących tytoń, poinformowanie, że palenie tytoniu jest głównym czynnikiem ryzyka zachorowania na POChP, raka płuca, krtani i pęcherza moczowego i innych chorób nowotworowych oraz chorób układu krążenia; zwrócenie uwagi	<p>1. Kryteria kwalifikacji Program adresowany jest do osób powyżej 18. roku życia uzależnionych od tytoniu (ICD-10: F17), skierowanych z etapu podstawowego programu lub z oddziału szpitalnego oraz zgłaszających się bez skierowania. Świadczeniobiorca może być objęty leczeniem w ramach programu tylko raz.</p>	<p>1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny.</p> <p>2. Warunki wymagane od świadczeniodawców:</p> <ol style="list-style-type: none">1) personel:<ol style="list-style-type: none">a) lekarz specjalista posiadający udokumentowane umiejętności w leczeniu zespołu uzależnienia od tytoniu,b) osoba, która jest w trakcie szkolenia w zakresie psychoterapii lub specjalista psychoterapii uzależnień (osoba, która posiada kwalifikacje specjalisty terapii uzależnień, o którym mowa w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r. poz. 124), lub specjalisty psychoterapii uzależnień, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2012 r. poz. 1356), lub osoba prowadząca psychoterapię (osoba, która ukończyła studia wyższe i szkolenie w zakresie psychoterapii)),c) pielęgniarka lub położna przeszkolona w zakresie leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu;2) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:<ol style="list-style-type: none">a) aparat do pomiaru ciśnienia krwi,b) aparat do pomiaru stężenia tlenu węgla w wydychanym powietrzu,c) spirometr,d) waga lekarska ze wzrostomierzem.
--	--	---

<p>na szkodliwy wpływ palenia biernego na zdrowie niepalących, szczególnie dzieci; w przypadku kobiet – poinformowanie, że palenie tytoniu jest czynnikiem ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy i udzielenie informacji o Programie profilaktyki raka szyjki macicy;</p> <p>9) ustalenie wskazań i przeciwwskazań do farmakoterapii lub terapii psychologicznej (lekarz specjalista);</p> <p>10) ustalenie wskazań i przeciwwskazań do terapii psychologicznej indywidualnej lub grupowej (psycholog);</p> <p>11) zaplanowanie schematu leczenia uzależnienia od tytoniu (w tym farmakoterapia lub terapia psychologiczna indywidualna lub grupowa i jego realizacja.</p>		
Lp.	Nazwa programu zdrowotnego	
2.	Program profilaktyki raka szyjki macicy	
Zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych	
	Świadczeniobiorcy	Świadczeniodawcy
1	2	3
<p>Program profilaktyki raka szyjki macicy – etap podstawowy – pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego.</p>	<p>1. Kryteria kwalifikacji Badania wykonuje się: 1) co 36 miesięcy u kobiet w wieku od 25 do 59 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia); 2) co 12 miesięcy u kobiet w wieku od 25 do 59 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia) obciążonych czynnikami ryzyka (zakażonych wirusem HIV, przyjmujących leki immunosupresyjne, zakażonych HPV – typem wysokiego ryzyka).</p> <p>2. Wyłączenie z programu: rozpoznanie nowotworu złośliwego szyjki macicy; po zakończeniu kontroli onkologicznej (decyzję podejmuje lekarz prowadzący leczenie onkologiczne) kobiety spełniające kryteria kwalifikacji do programu ponownie zostają objęte programem.</p>	<p>1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny w pracowni stacjonarnej lub mobilnej.</p> <p>2. Warunki wymagane od świadczeniodawców: 1) personel: a) lekarz specjalista położnictwa i ginekologii lub b) lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii lub lekarz w trakcie specjalizacji z położnictwa i ginekologii (lekarz, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji), lub c) położna posiadająca: – dokument potwierdzający pozytywny wynik egzaminu przeprowadzonego przez Centralny Ośrodek Koordynujący w zakresie umiejętności pobierania rozmazów cytologicznych dla potrzeb programu profilaktyki raka szyjki macicy, wydany po 31 grudnia 2010 r., lub – dokument potwierdzający ukończenie kursu dokształcającego przeprowadzonego przez Centralny Ośrodek Koordynujący lub wojewódzki ośrodek koordynujący w latach 2007–2010 w zakresie</p>

		<p>umiejętności pobierania rozmazów cytologicznych dla potrzeb programu profilaktyki raka szyjki macicy;</p> <p>2) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:</p> <p>a) wziernik jednorazowy,</p> <p>b) jednorazowa szczoteczka umożliwiająca pobranie rozmazu jednocześnie z tarczy części pochwowej oraz z kanału szyjki macicy.</p>
<p>Program profilaktyki raka szyjki macicy – etap diagnostyczny – badanie mikroskopowe materiału z szyjki macicy – wynik badania cytologicznego wymazu z szyjki macicy jest sformułowany według Systemu Bethesda 2001.</p>	<p>1. Kryteria kwalifikacji Badania wykonuje się:</p> <p>1) co 36 miesięcy dla kobiet w wieku od 25 do 59 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia);</p> <p>2) co 12 miesięcy dla kobiet w wieku od 25 do 59 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia) obciążonych czynnikami ryzyka (zakażonych wirusem HIV, przyjmujących leki immunosupresyjne, zakażonych HPV – typem wysokiego ryzyka).</p> <p>2. Wyłączenie z programu:</p> <p>1) rozpoznanie nowotworu złośliwego szyjki macicy;</p> <p>2) skierowanie (poza programem) do dalszej diagnostyki lub leczenia, w przypadku rozpoznania nowotworu szyjki macicy lub innego schorzenia wymagającego leczenia specjalistycznego w zakresie onkologii.</p> <p>Po zakończeniu kontroli onkologicznej (decyzję podejmuje lekarz prowadzący leczenie onkologiczne) kobiety spełniające kryteria kwalifikacji do programu ponownie zostają objęte programem.</p>	<p>1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny.</p> <p>2. Warunki wymagane od świadczeniodawców:</p> <p>1) medyczne laboratorium diagnostyczne wpisane do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych lub zakład patomorfologii posiadający pracownię cytologiczną;</p> <p>2) personel:</p> <p>a) lekarz specjalista patomorfologii lub anatomii patologicznej,</p> <p>b) diagności laboratoryjni posiadający tytuł specjalisty cytomorfologii medycznej lub posiadający udokumentowane umiejętności w wykonywaniu badań cytologicznych;</p> <p>3) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: mikroskopy wysokiej jakości, umożliwiające uzyskanie powiększenia co najmniej 400 razy.</p>
<p>Program profilaktyki raka szyjki macicy – etap pogłębionej diagnostyki – kolposkopia lub kolposkopia z celowanym pobraniem wycinków i badaniem histopatologicznym.</p>	<p>1. Kryteria kwalifikacji Skierowanie z etapu podstawowego programu.</p> <p>2. Wyłączenie z programu Skierowanie (poza programem) do dalszej diagnostyki lub leczenia, w przypadku rozpoznania nowotworu szyjki macicy lub innego schorzenia wymagającego leczenia specjalistycznego w zakresie onkologii.</p>	<p>1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny.</p> <p>2. Warunki wymagane od świadczeniodawców:</p> <p>1) personel:</p> <p>a) lekarz specjalista położnictwa i ginekologii lub</p> <p>b) lekarz specjalista ginekologii onkologicznej, lub</p> <p>c) lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii, posiadający udokumentowane umiejętności w wykonywaniu badań kolposkopowych;</p>

		2) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: a) kolposkop, b) zestaw do pobierania wycinków; 3) inne wymagania: a) zapewnienie dostępu do badań histopatologicznych, b) w przypadku rozpoznania nowotworu wymagane jest zgłaszanie do regionalnego rejestru nowotworów uzyskanych dodatnich wyników badań na kartach zgłoszenia nowotworu złośliwego Mz/ N1-a z dopiskiem „S” (skryning).
Lp.	Nazwa programu zdrowotnego	
3.	Program profilaktyki raka piersi	
Zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych	
	Świadczeniobiorcy	Świadczeniodawcy
1	2	3
Program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy – mammografia skryningowa obu piersi (każdej piersi w dwóch projekcjach).	1. Kryteria kwalifikacji Badania wykonuje się: 1) co 24 miesiące u kobiet w wieku od 50 do 69 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia); 2) co 12 miesięcy u kobiet w wieku od 50 do 69 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia), u których wystąpił rak piersi wśród członków rodziny (u matki, siostry lub córki) lub mutacje w obrębie genów BRCA 1 lub BRCA. 2. Wyłączenie z programu Programem nie mogą być objęte kobiety, u których już wcześniej zdiagnozowano zmiany nowotworowe o charakterze złośliwym w piersi.	1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny w pracowni stacjonarnej lub mobilnej. 2. Warunki wymagane od świadczeniodawców: 1) personel: a) lekarz specjalista radiologii lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej, lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie radiodiagnostyki, z udokumentowanym doświadczeniem w dokonywaniu oceny mammografii skryningowych (co najmniej dwóch lekarzy), b) osoba, która: – ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności elektroradiologia obejmujące co najmniej 1700 godzin w zakresie elektroradiologii i uzyskała tytuł licencjata lub inżyniera, – ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy technik elektroradiolog lub technik elektroradiologii, lub dyplom potwierdzający kwalifikacje w zawodzie technik elektroradiolog; 2) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: mammograf o parametrach nie niższych niż do mammografii skryningowej obu piersi*;

3) pozytywny wynik kontroli jakości badań mammograficznych, przeprowadzanej co roku przez wojewódzki ośrodek koordynujący populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi, a w przypadku negatywnego wyniku kontroli jakości badań mammograficznych – dostarczenie do wojewódzkiego ośrodka koordynującego protokołu serwisu o usunięciu stwierdzonych nieprawidłowości;

4) pozytywny wynik audytu klinicznego zdjęć mammograficznych, przeprowadzanego co roku przez niezależny ośrodek audytorski na podstawie zdjęć mammograficznych przesłanych do wojewódzkiego ośrodka koordynującego. Do celu audytu mammografii cyfrowych – MC, świadczeniodawca obowiązany jest do wysłania zestawu zdjęć zarchiwizowanych na płytach CD. Dodatkowo świadczeniodawca wysyła wydrukowane zdjęcia mammograficzne w formacie rzeczywistym;

5) w przypadku konieczności skierowania świadczeniobiorcy do etapu pogłębionej diagnostyki, przekazanie świadczeniobiorcy opisu wyniku badania, wywołanych lub wydrukowanych zdjęć mammograficznych w formacie rzeczywistym oraz w przypadku badania wykonanego na aparacie cyfrowym, również zdjęć zarchiwizowanych na płycie CD;

6) w przypadku ograniczonego dostępu do świadczeń w ramach programu na terenie danego województwa, dopuszcza się możliwość realizowania świadczeń przez świadczeniodawców przystępujących do programu po raz pierwszy, niespełniających warunków określonych w pkt 3 i 4, pod warunkiem uzyskania pozytywnego wyniku kontroli jakości badań mammograficznych, o których mowa w pkt 3, oraz pozytywnego wyniku audytu klinicznego zdjęć mammograficznych, o których mowa w pkt 4, w terminie 6 miesięcy od dnia zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

<p>Program profilaktyki raka piersi – etap pogłębionej diagnostyki. Program obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none">1) poradę lekarską, stanowiącą cykl następujących zdarzeń:<ol style="list-style-type: none">a) skierowanie na niezbędne badania w ramach realizacji programu,b) ocenę wyników przeprowadzonych badań i postawienie rozpoznania;2) wykonanie mammografii uzupełniającej lub3) wykonanie USG piersi (decyzję o wykonaniu badania podejmuje lekarz, biorąc pod uwagę w szczególności: wynik mammografii, wynik badania palpacyjnego, strukturę gruczołu sutkowego, stosowanie hormonalnej terapii zastępczej, konieczność zróżnicowania między guzem litym a torbielą sutka);4) wykonanie biopsji cienkoigłowej – biopsja cienkoigłowa jednej zmiany ogniskowej z użyciem techniki obrazowej, z badaniem cytologicznym (2–4 rozmazy); konieczna dokumentacja fotograficzna końca igły w nakłuwanej zmianie, lub5) wykonanie biopsji gruboigłowej – biopsja gruboigłowa piersi przezskórna z pełną diagnostyką (badanie histopatologiczne) z użyciem technik obrazowych w przypadku nieprawidłowości stwierdzonych w badaniu mammograficznym lub USG;6) podjęcie decyzji dotyczącej dalszego postępowania.	<p>Kryteria kwalifikacji Skierowanie z etapu podstawowego programu.</p>	<p>1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny.</p> <p>2. Warunki wymagane od świadczeniodawców:</p> <ol style="list-style-type: none">1) dla mammografii uzupełniającej:<ol style="list-style-type: none">a) personel:<ul style="list-style-type: none">– lekarz specjalista radiologii lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej, lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie radiodiagnostyki z udokumentowanym doświadczeniem w dokonywaniu oceny mammografii skryningowych (co najmniej dwóch lekarzy – gdy wykonywana jest tylko mammografia uzupełniająca),– osoba, która:<ul style="list-style-type: none">– ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności elektroradiologia, obejmujące co najmniej 1700 godzin w zakresie elektroradiologii i uzyskała tytuł licencjata lub inżyniera,– ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy technik elektroradiolog lub technik elektroradiologii lub dyplom potwierdzający kwalifikacje w zawodzie technik elektroradiolog, z udokumentowanym szkoleniem w zakresie prowadzenia kontroli jakości oraz udokumentowanym doświadczeniem w wykonywaniu mammografii,b) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: mammograf o parametrach nie niższych niż do mammografii skryningowej obu piersi*;2) dla badania USG piersi:<ol style="list-style-type: none">a) personel:<ul style="list-style-type: none">– lekarz specjalista radiologii lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej, lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie radiodiagnostyki, lub– lekarz specjalista, który ukończył specjalizację obejmującą uprawnienia ultrasonograficzne w zakresie określonym w programie specjalizacji,b) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:<ul style="list-style-type: none">– aparat USG z głowicą liniową, szerokopasmową, wieloczęstotliwościową o wysokiej
---	--	---

		<p>rozdzielczości liniowej i skali szarości pracującą w przedziale co najmniej 2–10 MHz, zalecany komplet głowic o różnych spektrach częstotliwości: 5–13,5 MHz, 13,5–18 MHz; badanie wykonuje się przy użyciu częstotliwości co najmniej 7.5 MHz,</p> <p>– drukarka do USG;</p> <p>3) dla biopsji cienkoigłowej z użyciem technik obrazowych:</p> <p>a) personel:</p> <p>– lekarz specjalista radiologii lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej, lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie radiodiagnostyki, lub lekarz specjalista onkologii klinicznej, lub lekarz specjalista chirurgii onkologicznej, lub</p> <p>– lekarz specjalista, który ukończył specjalizację obejmującą uprawnienia ultrasonograficzne w zakresie określonym w programie specjalizacji,</p> <p>b) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: zestaw do wykonywania biopsji cienkoigłowej (BAC);</p> <p>4) dla biopsji gruboigłowej z użyciem technik obrazowych:</p> <p>a) personel:</p> <p>– lekarz specjalista radiologii lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej, lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie radiodiagnostyki, lub lekarz specjalista onkologii klinicznej, lub lekarz specjalista chirurgii onkologicznej, lub</p> <p>– lekarz specjalista, który ukończył specjalizację obejmującą uprawnienia ultrasonograficzne w zakresie określonym w programie specjalizacji,</p> <p>b) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: zestaw do wykonywania biopsji gruboigłowej,</p> <p>c) inne wymagania: dostęp do badań histopatologicznych.</p>
Lp.	Nazwa programu zdrowotnego	
4.	Program badań prenatalnych	
Zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych	
	Świadczeniobiorcy	Świadczeniodawcy
1	2	3
Program badań prenatalnych – poradnictwo i badania	Kryteria kwalifikacji Badania wykonuje się u kobiet	1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny.

<p>biochemiczne. Program obejmuje badania:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) estriol; 2) α-fetoproteina (AFP); 3) gonadotropina kosmówkowa – podjednostka beta (β-HCG); 4) białko PAPP-A – osoczowe białko ciężowe A z komputerową oceną ryzyka wystąpienia choroby płodu. 	<p>w ciąży, spełniających co najmniej jedno z poniższych kryteriów:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek powyżej 35 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia); 2) wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka; 3) stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka; 4) stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikową; 5) stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu. 	<p>2. Warunki wymagane od świadczeniodawców:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) laboratorium wpisane do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych; 2) badania wykonuje się z zastosowaniem certyfikowanych odczynników i aparatury spełniających obowiązujące standardy i rekomendacje w dziedzinie oceny testów biochemicznych wykonywanych w diagnostyce prenatalnej.
<p>Program badań prenatalnych – poradnictwo i USG płodu w kierunku diagnostyki wad wrodzonych.</p>	<p>Kryteria kwalifikacji Badania wykonuje się u kobiet w ciąży, spełniających co najmniej jedno z poniższych kryteriów:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wiek powyżej 35 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia); 2) wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka; 3) stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka; 4) stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikową; 5) stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu. 	<p>1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny.</p> <p>2. Warunki wymagane od świadczeniodawców:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) personel: co najmniej dwóch lekarzy (w tym co najmniej jeden z kwalifikacjami określonymi w lit. a): <ol style="list-style-type: none"> a) lekarz specjalista położnictwa i ginekologii, który posiada udokumentowane umiejętności w zakresie badań ultrasonograficznych, b) lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii lub inny lekarz specjalista, np. pediatrii, genetyki, którzy posiadają udokumentowane umiejętności w zakresie badań ultrasonograficznych; 2) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: <ol style="list-style-type: none"> a) aparat ultrasonograficzny wyposażony w dwie głowice: convex przezbrzuszną 3,5–5(6) MHz i głowicę przezpochwową 7–9(10) MHz, z opcją kolorowego Dopplera, b) komputer wraz z oprogramowaniem certyfikowanym, umożliwiającym kalkulację ryzyka wystąpienia aneuploidii zgodnie z kryteriami określonymi przez obowiązujące standardy i rekomendacje, wraz z aktualną licencją,

		c) program komputerowy obliczający ryzyko aberracji chromosomalnych wraz z aktualną licencją.
<p>Program badań prenatalnych – poradnictwo i badania genetyczne. 1) klasyczne badania cytogenetyczne (techniki prążkowe – prążki GTG, CBG, Ag-NOR, QFQ, RBG i wysokiej rozdzielczości HRBT z analizą mikroskopową chromosomów); 2) cytogenetyczne badania molekularne (obejmuje analizę FISH – hybrydyzacja in situ z wykorzystaniem fluorescencji – do chromosomów metafazowych i prometafazowych oraz do jąder interfazowych z sondami molekularnymi centromerowymi, malującymi, specyficznymi, telomerowymi, Multicolor-FISH); 3) badania metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, SSCP, HD, sekwencjonowanie i inne) dobranymi w zależności od wielkości i rodzaju mutacji.</p>	<p>Kryteria kwalifikacji Badania wykonuje się u kobiet w ciąży, spełniających co najmniej jedno z poniższych kryteriów: 1) wiek powyżej 35 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia); 2) wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka; 3) stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka; 4) stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikową; 5) stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu.</p>	<p>1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny. 2. Warunki wymagane od świadczeniodawców: 1) laboratorium wpisane do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych; 2) personel: a) lekarz specjalista genetyki klinicznej, b) diagnosta laboratoryjny ze specjalizacją laboratoryjnej genetyki medycznej; 3) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: a) mikroskop, b) termocykler, c) wirówka preparacyjna, d) pipeta automatyczna.</p>
<p>Program badań prenatalnych – pobranie materiału płodowego do badań genetycznych (amniopunkcja lub biopsja trofoblastu, lub kordocenteza).</p>	<p>Kryteria kwalifikacji Badania wykonuje się u kobiet w ciąży, spełniających co najmniej jedno z poniższych kryteriów: 1) wiek powyżej 35 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia); 2) wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka; 3) stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka; 4) stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikową; 5) stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu.</p>	<p>1. Tryb realizacji świadczenia: 1) ambulatoryjny; 2) szpitalny. 2. Warunki wymagane od świadczeniodawców: 1) personel: a) lekarz specjalista położnictwa i ginekologii lub b) lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii posiadający zaświadczenie kierownika specjalizacji potwierdzające umiejętności w tym zakresie; 2) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: zestaw do pobierania materiału płodowego.</p>

Lp.	Nazwa programu zdrowotnego	
5.	Ortodontyczna opieka nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki	
Zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych	
	Świadczeniobiorcy	Świadczeniodawcy
1	2	3
<p>Program obejmuje specjalistyczne leczenie ortodontyczne populacji osób z wrodzonymi wadami rozwojowymi typu rozszczep podniebienia pierwotnego lub wtórnego oraz anomalie twarzy w zakresie zależnym od rozwoju I i II łuku skrzelowego i ograniczenie u nich zniekształceń morfologiczno-czynnościowych w tym zakresie.</p>	<p>1. Kryteria kwalifikacji Do leczenia w ramach programu kwalifikuje się świadczeniobiorców:</p> <p>1) z całkowitym jedno- lub obustronnym rozszczepem podniebienia, zgodnie z następującymi kryteriami kwalifikacyjnymi:</p> <p>a) w okresie przedoperacyjnym: szeroka szczelina, znacznie wysunięta kość przysieczna,</p> <p>b) w okresie pooperacyjnym: zgryz krzyżowy częściowy boczny łącznie ze zgryzem krzyżowym częściowym przednim lub niedorozwojem przedniego odcinka szczęki u świadczeniobiorców Q37.1 oraz obustronny zgryz krzyżowy częściowy boczny u świadczeniobiorców Q37.0;</p> <p>2) z rozszczepem podniebienia pierwotnego obustronnym Q36.0, pośrodkowym Q36.1, jednostronnym Q36.9, zgodnie z następującymi kryteriami kwalifikacyjnymi:</p> <p>a) odwrotny nagryz poziomy pojedynczych siekaczy lub zgryz krzyżowy (boczny),</p> <p>b) miernie nasilony odwrotny nagryz poziomy siekaczy i zębów bocznych,</p> <p>c) znacznie nasilony odwrotny nagryz poziomy siekaczy, odwrotny nagryz zębów bocznych i zgryz otwarty;</p> <p>3) z innymi wadami wrodzonymi części twarzowej czaszki:</p> <p>a) stwierdzone wady zgryzu współlistniejące z innymi wadami wrodzonymi w obszarze głowy i szyi: Zespołem Aperta, Zespołem Crouzona, Zespołem Downa, Zespołem Goldenhara, Syndromem Pierre-Robina, Zespołem obojętkowo-czaszkowym, Zespołem Treacher-Collinsa, połowicznym niedorozwojem twarzy, dysplazją ektodermalną, wadami zgryzu u dzieci z porażeniem mózgowym, Zespołem długiej twarzy, ankyloza stawów skroniowo-żuchwowych, z osteochondrodysplazjami Q78 (cherubizm),</p>	<p>1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny.</p> <p>2. Dziedzina medycyny: stomatologia – ortodoncja.</p> <p>3. Warunki wymagane od świadczeniodawców:</p> <p>1) personel:</p> <p>a) nie mniej niż 1 lekarz dentysta specjalista ortodoncji,</p> <p>b) nie mniej niż 1 lekarz dentysta specjalista w dziedzinie ortodoncji z co najmniej 3-letnim doświadczeniem w leczeniu wad rozwojowych i umiejętnością leczenia aparatami stałymi lub nie mniej niż 2 lekarzy dentystów specjalistów w dziedzinie ortodoncji z co najmniej 3-letnim doświadczeniem w leczeniu wad rozwojowych i umiejętnością leczenia aparatami stałymi zatrudnionych w wymiarze 1/2 etatu,</p> <p>c) zapewnienie dostępu do:</p> <p>– lekarza specjalisty chirurgii szczękowej lub chirurgii szczękowo-twarzowej, lub chirurgii stomatologicznej,</p> <p>– lekarza specjalisty chirurgii plastycznej,</p> <p>– lekarza specjalisty audiologii i foniatrii,</p> <p>– osoby, która ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności logopedia obejmujące w programie nauczania co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii lub ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii, lub ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii;</p> <p>2) organizacja udzielania świadczeń: poradnia ortodontyczna: 6 godzin dziennie – 5 dni w tygodniu, w tym 1 dzień do godziny 18;</p> <p>3) dostęp do badań: dostęp do badań RTG lub radiowizjografii;</p>

b) stwierdzone wady zgryzu zakwalifikowane do 5 stopnia zaburzeń na podstawie wskaźnika okluzyjnego (IOTN), zgodnie z następującymi kryteriami kwalifikacyjnymi:

- zaburzone wyrzynanie zębów (z wyjątkiem zębów trzecich trzonowych) na skutek stłoczeń,
- przemieszczenia, obecności zębów nadliczbowych, zagłębionych zębów mlecznych i innych przyczyn patologicznych,
- hipodoncja zębów wymagająca odbudowy protetycznej (więcej niż jeden ząb w kwadrancie) i wcześniejszego leczenia ortodontycznego,
- nagryz poziomy przekraczający 9 mm,
- odwrotny nagryz poziomy powyżej 3,5 mm z zaznaczoną niewydolnością mięśni i zaburzeniami mowy,
- zagłębione zęby mleczne;

4) pacjenci, którzy ukończyli 18. rok życia, mogą kontynuować leczenie w przypadku udokumentowanego leczenia podjętego w ramach:

a) programu wielospecjalistycznej opieki nad dziećmi z całkowitym rozszczepem podniebienia pierwotnego lub wtórnego, realizowanego w latach 2000–2002 przez ministra właściwego do spraw zdrowia, lub

b) programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z całkowitym rozszczepem podniebienia pierwotnego lub wtórnego, lub

c) programu ortodontycznej opieki nad dziećmi

z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki, realizowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia, począwszy od 2004 r.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Od urodzenia do dnia operacji rozszczepu wargi: u dzieci z szerokimi rozszczepami i trudnościami pobierania pokarmu leczenie za pomocą płytki podniebiennej.

Od 1. do 3. roku życia:

Masaż wargi, kontrola stanu uzębienia i zgryzu, zachowanie wysokiego standardu higieny jamy ustnej, leczenie zgryzów krzyżowych w przypadku rozszczepów.

4) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:

stanowisko stomatologiczne (fotel, przystawka turbinowa, mikrosilnik, lampa bezcieniowa) lub unit stomatologiczny – w miejscu udzielania świadczeń.

	<p>W przypadku wad zgryzu towarzyszących innym wadom rozwojowym twarzy części czaszki: kontrola stanu uzębienia i zgryzu, mioterapia, korekta guzków zębów mlecznych.</p> <p>Od 3. do 7. roku życia: Korekta wad zgryzu: metafilaktyka (uproszczone metody: aparaty standardowe, takie jak płytki przedścionkowa i standardowy korektor zgryzu – trener), leczenie czynnymi aparatami zdejmowanymi. Zachowanie wysokiego standardu higieny jamy ustnej.</p> <p>Od 8. do 10. roku życia: Leczenie zaburzeń żębowo-zgryzowych aparatami zdejmowanymi, w tym aparatami standardowymi i czynnościowymi. W leczeniu tych zaburzeń mogą być stosowane aparaty stałe gruboślukowe lub maska Delaire’a.</p> <p>Od 11. roku życia: Leczenie wad zgryzu zdejmowanymi i stałymi aparatami czynnymi i czynnościowymi. Rehabilitacja protetyczna (wrodzone braki zębów).</p>	
Lp.	Nazwa programu zdrowotnego	
6.	Leczenie dzieci ze śpiączką (rozpoznanie zasadnicze ICD10: R40.2)	
Zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych	
	Świadczeniobiorcy	Świadczeniodawcy
1	2	3
<p>Program obejmuje kompleksowy sposób postępowania z pacjentem w stanie śpiączki i zgodnie z zaleceniami zespołu terapeutycznego obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy; 2) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki; 3) badania zlecone przez lekarza; 4) leczenie farmakologiczne; 5) leczenie bólu; 6) leczenie spastyczności przy zastosowaniu toksyny botulinowej; 7) leczenie innych objawów somatycznych; 8) opiekę psychologiczną nad świadczeniobiorcą i jego rodziną; 9) rehabilitację; 10) zapobieganie powikłaniom; 11) żywienie dojelitowe i pozajelitowe; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Skierowanie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego na leczenie wynikające z programu bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji (jako kontynuacja leczenia szpitalnego). 2. Kwalifikacji świadczeniobiorców do programu dokonuje zespół terapeutyczny na podstawie skierowania, w oparciu o następujące kryteria kwalifikacji: <ol style="list-style-type: none"> 1) pacjent od 6 do 8 punktów w skali Glasgow (GSC); 2) pozostawanie w stanie śpiączki w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od momentu urazu lub 6 miesięcy od momentu wystąpienia śpiączki neurazowej; 3) stabilność podstawowych parametrów życiowych; 4) stabilność oddechowa bez wspomaganie mechanicznego; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tryb realizacji świadczenia – stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne. 2. Warunki wymagane od świadczeniodawców – realizacja świadczeń wymaga powołania indywidualnego zespołu terapeutycznego dla każdego pacjenta. 3. Personel medyczny w przeliczeniu na 15 łóżek: <ol style="list-style-type: none"> 1) równoważnik co najmniej 2 etatów – lekarz specjalista neurologii lub neurologii dziecięcej oraz lekarz specjalista rehabilitacji medycznej lub rehabilitacji w chorobach narządów ruchu, lub rehabilitacji ogólnej; 2) równoważnik co najmniej 16 etatów pielęgniarek, w tym pielęgniarki specjalistki lub z ukończonym kursem

12) zaopatrzenie w wyroby medyczne i środki pomocnicze konieczne do wykonania świadczenia gwarantowanego.

5) wiek pacjenta od 2. do 18. roku życia (nieukończone 18 lat w momencie przyjęcia).

3. Określenie czasu leczenia w programie:

1) decyzję o czasie leczenia podejmuje zespół terapeutyczny w oparciu o kryteria medyczne;
2) czas leczenia w programie nie powinien trwać dłużej niż 12 miesięcy od rozpoczęcia programu;
3) w wyjątkowych przypadkach, jeżeli wydłużenie leczenia przyniesie pacjentowi korzyści zdrowotne, ustalone w oparciu o kryteria medyczne przyjęte przez zespół terapeutyczny, zespół ten może wyrazić zgodę na wydłużenie leczenia w programie do 15 miesięcy.

4. Monitorowane efektów leczenia:

1) zespół terapeutyczny w przedziale 180–210 dni oraz 330–360 dni, w oparciu o ustalone kryteria medyczne dokonuje monitorowania efektów leczenia w ramach programu;
2) w wyniku przeprowadzonego monitorowania zespół terapeutyczny podejmuje decyzję w zakresie zakończenia lub kontynuacji leczenia, w tym o ewentualnym wydłużeniu leczenia w programie.

kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa:

- a) pediatrycznego lub
- b) opieki długoterminowej, lub przewlekłe chorych i niepełnosprawnych – lub w trakcie odbywania tych specjalizacji lub kursów;
- 3) równoważnik co najmniej 1 etatu:
 - a) osoby, która uzyskała w polskiej uczelni dyplom magistra psychologii lub uzyskała za granicą wykształcenie uznane za równorzędne w Rzeczypospolitej Polskiej z dyplomem magistra psychologii,
 - b) osoby, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności logopedia obejmujące w programie nauczania co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii, lub ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii, lub ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii;
 - 4) równoważnik co najmniej 5 etatów:
 - a) osoba, która rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1997 r. studia wyższe na kierunku fizjoterapia, zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach i uzyskała tytuł licencjata lub magistra na tym kierunku, lub
 - b) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe na kierunku rehabilitacja ruchowa i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku, lub
 - c) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe w Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej, lub
 - d) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończyła w ramach studiów dwuletnią specjalizację z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej potwierdzoną legitymacją

instruktora rehabilitacji ruchowej lub gimnastyki leczniczej, lub
e) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończyła 3-miesięczny kurs specjalizacyjny z rehabilitacji lub ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy technik fizjoterapii, w tym osoba realizująca zabiegi masażu.

4. Udokumentowane zapewnienie dostępu do konsultacji z zakresu:

- 1) anestezjologii i intensywnej terapii lub anestezjologii, lub anestezjologii i reanimacji;
- 2) audiologii i foniatrii;
- 3) chirurgii dziecięcej;
- 4) okulistyki;
- 5) pediatrii;
- 6) psychiatrii;
- 7) urologii lub urologii dziecięcej;
- 8) ortopedii.

5. Organizacja udzielania świadczeń:

- 1) całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza;
- 2) całodobowa opieka pielęgniarska;
- 3) szczegółowe określenie, w wewnętrznych aktach regulujących funkcjonowanie świadczeniodawcy, warunków współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia przez świadczeniodawcę diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania w zakresie:
 - a) anestezjologii i intensywnej terapii,
 - b) chirurgii,
 - c) ortopedii,
 - d) gastrologii,
 - e) neurologii;
- 4) w sali chorego zapewnia się bezpłatnie miejsce noclegowe dla rodzica lub opiekuna z możliwością przebywania z dzieckiem podczas realizacji programu.

6. Sprzęt medyczny i pomocniczy:

- 1) łóżka szpitalne (zwykłe i łamane) o regulowanej wysokości, wyposażone w ruchome barierki zabezpieczające przed wypadnięciem, zawierające oprzyrządowanie do rehabilitacji;

		<p>2) materace przeciwodleżynowe oraz inny sprzęt przeciwodleżynowy;</p> <p>3) sprzęt ułatwiający pielęgnację – zintegrowany system do higieny ciała, podnośniki, parawany, pasy ślizgowe;</p> <p>4) koncentrator tlenu lub inne dostępne źródło tlenu w liczbie co najmniej 1 na każde rozpoczęte 5 łóżek;</p> <p>5) ssak elektryczny w liczbie co najmniej 1 na każde rozpoczęte 3 łóżka;</p> <p>6) inhalatory co najmniej 1 na każde rozpoczęte 5 łóżek;</p> <p>7) pompy strzykawkowe w liczbie co najmniej 1 na każde rozpoczęte 5 łóżek;</p> <p>8) pompy objętościowe w liczbie co najmniej 1 na każde rozpoczęte 5 łóżek;</p> <p>9) waga łóżkowa 1;</p> <p>10) aparat EKG, który znajduje się w budynku lub zespole budynków oznaczonych tym samym adresem, w którym lub w których jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń.</p> <p>7. Wyposażenie gabinetu rehabilitacyjnego co najmniej:</p> <p>1) stoły rehabilitacyjne;</p> <p>2) stoły pionizacyjne;</p> <p>3) zestawy do ćwiczeń biernych;</p> <p>4) aparaty do fizykoterapii;</p> <p>5) wanny do masażu wirowego.</p> <p>8. Zapewnienie dostępu do badań: Zapewnienie dostępu do badań umożliwiających monitorowanie stanu pacjenta zgodnie z kryteriami określonymi przez zespół.</p>
--	--	--

* Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną dla świadczenia: mammografia skryningowa obu piersi.

A. Warunki realizacji świadczenia niezależne od metody rejestracji obrazu

- 1) duże ognisko lampy rtg, nie większe niż 0,3 dla odległości SID równej 60;
- 2) generator wysokiej częstotliwości;
- 3) zakres wysokiego napięcia co najmniej 25–31 kV z możliwością zmian nie więcej niż co 1 kV;
- 4) automatyczna kontrola ekspozycji (AEC), sterująca co najmniej wartością obciążenia prądowo-czasowego (mAs);
- 5) kratki przeciwrozproszeniowe dwóch formatów lub kratka przeciwrozproszeniowa z konstrukcją umożliwiającą rejestrację obrazów w dwóch formatach;
- 6) alfanumeryczne wyświetlanie parametrów ekspozycji, co najmniej kV, mAs, materiał anody, rodzaj filtra;
- 7) średnia dawka gruczołowa nie większa niż 2.5 mGy przy ocenie z zastosowaniem warunków klinicznych i fantomu z PMMA o grubości 4,5 cm;
- 8) prawidłowe wyniki testów specjalistycznych w zakresie zgodnym z obowiązującymi przepisami w zakresie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznych;

- 9) automatyczne zwolnienie ucisku po ekspozycji;
- 10) przezierna osłona stanowiska technika z materiału o ekwiwalencie co najmniej 0,5 mm Pb;
- 11) szkło powiększające 5x z soczewką o średnicy co najmniej 10 cm;
- 12) negatoskop:
 - a) dedykowany mammografii z konstrukcyjną możliwością ograniczania pola świecenia do wielkości ocenianych błon mammograficznych (np. negatoskop żaluzjowy lub automatyczny),
 - b) jasność powierzchni negatoskopu regulowana w zakresie od 3000 cd/m² do 6000 cd/m².

B. Warunki realizacji świadczenia dotyczące mammografii z rejestracją obrazu metodą analogową

1) mammograf:

- a) anoda ze ścieżką molibdenową i z filtrami molibdenowym (Mo) i rodowym (Rh),
- b) kasety dwóch formatów (18 x 24 i 24 x 30) z ekranami z ziem rzadkich, dedykowane przez producenta do mammografii,
- c) błony mammograficzne,
- d) kamera identyfikacyjna z możliwością zapisu danych pacjentki i warunków badania na błonie;

2) wywoływarka:

- a) przeznaczona wyłącznie dla potrzeb mammografii (w miejscu) lub system dzienny RTG-mammograficzny przeładowywania kaset – miniloader przenośny,
- b) zapewniony stały, autoryzowany serwis,
- c) protokół wykonanej optymalizacji procesów wywoływania dla parametrów wymaganych przy wywoływaniu obrazów mammograficznych;

3) zestaw do podstawowych testów kontroli jakości w mammografii analogowej:

- a) sensytometr (powtarzalność naświetlania $\pm 2\%$),
- b) densytometr (dokładność odczytu $\pm 0,02$ dla gęstości optycznej 1,0; powtarzalność odczytu $\pm 1\%$): preferencje dla densytometrów z możliwością punkowego pomiaru gęstości optycznej w dowolnym miejscu na błonie,
- c) fantom do oceny jakości obrazu wykonany z PMMA o grubości 4,5 cm zawierający następujące elementy:
 - klin aluminiowy 10-stopniowy do oceny kontrastu obrazu,
 - co najmniej 5 elementów niskokontrastowych do oceny widoczności obiektów o progowym kontraście,
 - fantom do wyznaczania rozdzielczości wysokokontrastowej w kierunku prostopadłym i równoległym do osi anoda-katoda,
- d) wszystkie elementy fantomu powinny być umieszczone tak, aby obszar nad komorą systemu AEC w położeniu przy ścianie klatki piersiowej pozostawał pusty,
- e) dodatkowa płyta fantomowa z PMMA o grubości 2 cm,
- f) lupa do oceny rozdzielczości wysokokontrastowej (powiększenie 7 do 8x),
- g) termometr elektroniczny (dokładność wskazań $\pm 0,3^{\circ}\text{C}$, powtarzalność $\pm 0,1^{\circ}\text{C}$),
- h) test przylegania błona – folia wzmacniająca,
- i) miernik siły kompresji piersi (dokładność wskazań $\pm 10\%$, powtarzalność $\pm 5\%$).

C. Warunki realizacji świadczenia dotyczące mammografii z cyfrową pośrednią (CR) i bezpośrednią (DDR) rejestracją obrazu

1. Wymagania dla mammografii cyfrowej z pośrednią rejestracją obrazu (CR)

- 1) mammograf – anoda ze ścieżką molibdenową i z filtrami molibdenowym (Mo) i rodowym (Rh);
- 2) kasety i stanowisko do odczytu płyt pamięciowych:
 - a) kasety o wymiarach 18 x 24 cm i 24 x 30 cm z płytami pamięciowymi (CR) umożliwiającymi skanowanie z rozdzielczością co najmniej 20 pikseli/mm,

- b) skaner umożliwiający skanowanie płyt pamięciowych dedykowanych do mammografii o wymiarach 18 x 24 cm i 24 x 30 cm z płytami pamięciowymi (CR) z rozdzielczością co najmniej 20 pikseli/mm,
- c) oprogramowanie dedykowane przez producenta do akwizycji obrazów mammograficznych z płyt pamięciowych (CR).

2. Wymagania dla mammografii cyfrowej z bezpośrednią rejestracją obrazu (DDR)

- 1) detektor cyfrowy (DR) o wymiarach: minimum 23 x 29 cm;
- 2) wymagane formaty obrazu: minimum 23 x 29 cm oraz 18 x 23 cm.

3. Inne wymagania dla mammografii z cyfrową pośrednią (CR) i bezpośrednią (DDR) rejestracją obrazu

1) konsola technika:

- a) monitor obsługowy dla technika LCD minimum 17",
- b) matryca obrazów [piksel] x [piksel] minimum 1280 x 1024 pikseli (min. 1,3 MP),
- c) nanoszenie znaczników mammograficznych w postaci graficznej i literowej bezpośrednio z klawiatury obsługowej,
- d) wyświetlanie zdjęcia podglądowego każdorazowo po wykonaniu projekcji mammograficznej z możliwością akceptacji albo odrzucenia,
- e) komunikacja poprzez DICOM 3.0,
- f) protokoły komunikacji,
- g) możliwość ręcznego wprowadzenia danych demograficznych świadczeniobiorcy lub pobranie tych informacji z systemu HIS/RIS i połączenia ich z obrazem cyfrowym,
- h) możliwość archiwizacji badań na lokalnym archiwum i w systemie PACS,
- i) możliwość automatycznej dystrybucji obrazów do zdefiniowanych wcześniej miejsc,
- j) możliwość automatycznego wprowadzenia parametrów ekspozycji i połączenia ich z obrazem cyfrowym;

2) stanowisko opisowe dla lekarza:

- a) pamięć operacyjna: minimum 2 GB RAM,
- b) 2 monitory obrazowe medyczne skalibrowane pod DICOM, z dedykowaną kartą graficzną zapewniającą co najmniej 10-bitowe odwzorowanie skali szarości (co najmniej 1024 poziomy skali szarości),
- c) monitory fabrycznie parowane,
- d) przekątna monitora nie mniejsza niż 21",
- e) prezentacja obrazu w pionie,
- f) rozdzielczość każdego monitora nie mniejsza niż 2000 pikseli x 2500 pikseli, (5 MP),
- g) kontrast każdego monitora nie mniejszy niż 700:1,
- h) luminancja: minimum 500 cd/m²,
- i) oprogramowanie obsługowe zapewniające możliwość umieszczenia na ekranie obrazu cc bok do boku oraz obrazu MLO piersi prawej po stronie lewej, a obrazu MLO piersi lewej po stronie prawej; możliwość wyłączenia paska narzędzi; zalecana kompatybilność z oprogramowaniem do komputerowego wspomaganie diagnozy (typu CAD),
- j) komunikacja poprzez DICOM 3.0;

3) zestaw do podstawowych testów kontroli jakości w mammografii cyfrowej:

- a) obrazy testowe TG18 – QC, SMPTE,
- b) jednorodny fantom o grubości 4,5 cm z PMMA o wymiarach pozwalających na pokrycie całego detektora,
- c) miernik siły kompresji piersi (dokładność wskazań $\pm 10\%$, powtarzalność $\pm 5\%$),
- d) stała współpraca z pracownią pomiarową lub fizykiem posiadającym uprawnienia do wykonywania testów specjalistycznych w zakresie mammografii;

4) kamera cyfrowa do wydruków obrazów mammograficznych – technologia sucha, rozdzielczość minimum 508 DPI, D_{\max} minimum 3,6, formaty dostępnych błon co najmniej 18 x 24 i 24 x 30 cm; głębia skali szarości co najmniej 12 bitów (4096 poziomów skali szarości).

D. Warunki realizacji świadczenia dla pogłębionej diagnostyki mammograficznej:

- 1) lampa rentgenowska z małym ogniskiem dedykowanym do wykonywania zdjęć powiększonych, nie większym niż 0,15;
- 2) możliwość wykonywania zdjęć z powiększeniem co najmniej 1,5;
- 3) system do zdjęć z punktową kompresją;
- 4) możliwość obrotu ramienia mammografu do pozycji 180° (stolik na górze, lampa na dole).

E. Warunki realizacji świadczenia dotyczące kontroli jakości

Prowadzenie kontroli jakości zgodnie z obowiązującymi przepisami, w szczególności:

- 1) podleganie scentralizowanemu systemowi kontroli jakości;
- 2) dokumentacja wyników podstawowych testów kontroli jakości;
- 3) aktualna dokumentacja rocznych testów specjalistycznych;
- 4) stosowanie systemu podwójnego odczytu obrazów mammograficznych w etapie podstawowym oraz w etapie pogłębionej diagnostyki – gdy wykonywana jest tylko mammografia uzupełniająca;
- 5) stosowanie się do wszystkich aktualnie obowiązujących klinicznych kryteriów jakości obrazu;
- 6) stosowanie się do aktualnie obowiązujących zaleceń dotyczących dawek promieniowania.