



NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

SZCZEGÓŁOWE MATERIAŁY INFORMACYJNE

O PRZEDMIOCIE POSTĘPOWANIA

W SPRAWIE ZAWARCIA UMÓW O UDZIELANIE

ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ

O REALIZACJI I FINANSOWANIU UMÓW O UDZIELANIE

ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

w rodzaju: profilaktyczne programy zdrowotne

Rozdział 1

Przedmiot postępowania i umowy

§ 1.

1. Przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: profilaktyczne programy zdrowotne, jest zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w:
 - 1) Programie profilaktyki chorób układu krążenia, stanowiącym załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 53/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2006 r.,
 - 2) Programie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, stanowiącym załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 53/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2006 r.,
 - 3) Programie profilaktyki raka szyjki macicy, stanowiącym załącznik nr 3 do Zarządzenia Nr 53/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2006 r.,
 - 4) Programie profilaktyki raka piersi, stanowiącym załącznik nr 4 do Zarządzenia Nr 53/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2006 r.,
 - 5) Programie badań prenatalnych, stanowiącym załącznik nr 5 do Zarządzenia Nr 53/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2006 r.,
 - 6) Programie wczesnej, wielospecjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie, stanowiącym załącznik do Zarządzenia Nr 63/2005 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 września 2005 r.,
 - 7) Programie profilaktyki gruźlicy, stanowiącym załącznik nr 6 do Zarządzenia Nr 53/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2006 r.,
 - 8) Programie profilaktyki chorób odtytoniowych – palenie jest uleczalne, stanowiącym załącznik nr 7 do Zarządzenia Nr 53/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2006 r.,
 - 9) Programie wczesnego wykrywania zakażeń HIV u kobiet w ciąży, stanowiącym załącznik nr 8 do Zarządzenia Nr 53/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2006 r.,

Załącznik do zarządzenia Nr 54/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

- 10) Programie wczesnej diagnostyki i leczenia jaskry, stanowiącym załącznik nr 9 do Zarządzenia Nr 53/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2006 r.,
- zwanych dalej „Programami”.
2. Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne zwane są dalej „świadczeniami”.
 3. Zakresy świadczeń, o których mowa w ust 2, są określone w **załączniku nr 1** do materiałów informacyjnych.
 4. Szczegółowe materiały informacyjne w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, zwane są dalej „materiałami informacyjnymi”.
 5. Wzór umowy o udzielanie świadczeń, o których mowa w § 1 ust. 2, stanowi **załącznik nr 2** do materiałów informacyjnych.
 6. Umowa może zawierać inne postanowienia niż określone we wzorze umowy pod warunkiem, że nie pozostają one w sprzeczności z postanowieniami określonymi we wzorze umowy.

§ 2.

1. Szczegółowy przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń oraz przedmiot umowy określa się z uwzględnieniem nazwy i kodu określonego we Wspólnym Słowniku Zamówień, określonym w rozporządzeniu nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień Publicznych Dz. Urz. WE L 340 z 16.12.2002 oraz art. 141 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 poz.2135 z późn. zm.):
 - 85143000-3 Usługi ambulatoryjne,
 - 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne.
2. Pojęcia zdefiniowane w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zachowują nadane im znaczenie.

Rozdział 2

Zasady postępowania oraz wymagania wobec świadczeniodawców

§ 3.

1. Postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń odbywa się w drodze konkursu ofert albo rokowań.
2. Podmiot biorący udział w postępowaniu, o którym mowa w ust. 1, powinien spełniać wymagania określone w przepisach odrębnych.
3. Podmiot biorący udział w postępowaniu powinien spełniać wymagania w zakresie zatrudnionej kadry medycznej i wyposażenia w sprzęt, określone w odrębnych przepisach i w **załącznikach nr 3 - 12** do materiałów informacyjnych.

Rozdział 3

Zasady udzielania świadczeń

§ 4.

1. Realizacja świadczeń odbywać się będzie zgodnie z harmonogramem pracy stanowiącym załącznik nr 3 do umowy, niekolidującym z godzinami przyjęć świadczeniobiorców w ramach innych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
2. W przypadku realizacji przez jednego świadczeniodawcę więcej niż jednego Programu, dla każdego zakresu świadczeń ustala się odrębny harmonogram pracy, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Harmonogram pracy w ramach realizacji Programu wczesnego wykrywania zakażeń HIV u kobiet w ciąży oraz etapu podstawowego Programu profilaktyki raka szyjki macicy, może pokrywać się z harmonogramem pracy w ramach realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne w zakresach: poradnia ginekologiczno-położnicza, poradnia patologii ciąży.
4. W czasie realizacji Programu świadczeniodawca zapewnia rejestrację świadczeniobiorców w wyznaczonych godzinach.
5. Rejestracja świadczeniobiorców może się odbywać osobiście, telefonicznie lub za pośrednictwem osoby trzeciej.
6. Za świadczenia realizowane w ramach Programu świadczeniodawca nie może pobierać opłat od świadczeniobiorców.

7. Maksymalny okres oczekiwania na świadczenie na każdym etapie Programu wynosi 30 dni.

§ 5.

Szczegółowe opisy świadczeń, o których mowa w § 1, zawarte są odpowiednio dla poszczególnych Programów w **załącznikach nr 3 - 12** do materiałów informacyjnych.

Rozdział 4

Zasady finansowania świadczeń

§ 6.

1. Finansowanie świadczeń następuje na zasadach określonych w umowie.
2. Określa się następujące sposoby rozliczania świadczeń, o których mowa w § 1:
 - 1) kapitacyjna stawka roczna (wypłacana jednorazowo w momencie objęcia świadczeniobiorcy etapem podstawowym Programu profilaktyki chorób odtytoniowych – palenie jest uleczalne,
 - 2) cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej.
3. W przypadku świadczeń rozliczanych na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej jednostką rozliczeniową jest punkt rozliczeniowy.
4. W cenę jednostkową świadczenia wliczony jest koszt ewentualnego powtórzenia badań diagnostycznych z powodów technicznych.

§ 7.

1. Dowodem udzielenia świadczenia diagnostycznego jest kopia wyniku badania lub jego odpis/opis ze wskazaniem świadczeniodawcy, który wykonał badanie, zawarty w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy oraz rachunek pozostający w dokumentacji świadczeniodawcy ze szczegółową specyfikacją sfinansowanych badań (dotyczy sytuacji, gdy badanie wykonywane jest poza jednostką organizacyjną świadczeniodawcy).
2. W przypadku, gdy świadczenie diagnostyczne i/ lub zabiegowe udzielane jest przez lekarza specjalistę, który jednocześnie udziela porady, dowodem udzielonego świadczenia jest wpis w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

§ 8.

1. W celu oceny realizacji Programów monitorowaniu podlegają:
 - 1) zgłaszalność do Programów,
 - 2) efekty realizacji poszczególnych etapów Programów.
2. Świadczeniodawca prowadzi dokumentację realizacji Programów za pomocą narzędzia informatycznego udostępnionego przez Narodowy Fundusz Zdrowia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Dokumentacja elektroniczna realizacji Programów, o której mowa w ust. 2 nie dotyczy Programu wczesnej, wielospecjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie.
4. Świadczeniodawca realizujący Program wczesnej, wielospecjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie sporządza sprawozdanie zawierające informacje, o których mowa w ust. 1, według wzoru określonego w **załączniku nr 8** do materiałów informacyjnych i przekazuje je do właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 30 dni po zakończeniu każdego kwartału.

Załączniki:

Załącznik nr 1 – Katalog zakresów świadczeń

Załącznik nr 2 – Wzór umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne

Załącznik nr 3 – Szczegółowy opis świadczeń i zasad ich udzielania oraz wymagania wobec świadczeniodawców w Programie profilaktyki chorób układu krążenia

Załącznik nr 4 – Szczegółowy opis świadczeń i zasad ich udzielania oraz wymagania wobec świadczeniodawców w Programie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc

Załącznik nr 5 – Szczegółowy opis świadczeń i zasad ich udzielania oraz wymagania wobec świadczeniodawców w Programie profilaktyki raka szyjki macicy

Załącznik nr 6 – Szczegółowy opis świadczeń i zasad ich udzielania oraz wymagania wobec świadczeniodawców w Programie profilaktyki raka piersi

Załącznik nr 7 – Szczegółowy opis świadczeń i zasad ich udzielania oraz wymagania wobec świadczeniodawców w Programie badań prenatalnych

Załącznik nr 8 – Szczegółowy opis świadczeń i zasad ich udzielania, wymagania wobec świadczeniodawców oraz wzór kwartalnego sprawozdania z realizacji umowy w Programie wczesnej, wielospecjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie

Załącznik nr 9 – Szczegółowy opis świadczeń i zasad ich udzielania oraz wymagania wobec świadczeniodawców w Programie profilaktyki gruźlicy

Załącznik nr 10 – Szczegółowy opis świadczeń i zasad ich udzielania oraz wymagania wobec świadczeniodawców w Programie profilaktyki chorób odtytoniowych – palenie jest uleczalne.

Załącznik nr 11 – Szczegółowy opis świadczeń i zasad ich udzielania oraz wymagania wobec świadczeniodawców w Programie wczesnego wykrywania zakażeń HIV u kobiet w ciąży.

Załącznik nr 12 – Szczegółowy opis świadczeń i zasad ich udzielania oraz wymagania wobec świadczeniodawców w Programie wczesnej diagnostyki i leczenia jaskry.

KATALOG ZAKRESÓW ŚWIADCZEŃ

L.p.	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	Kod świadczenia	Nazwa świadczenia	Waga punktowa
1	10.0010.158.02	PROGRAM PROFILAKTYKI CHOROÓB UKŁADU KRAŻENIA	5.12.00.0000008	PORADA W PROGRAMIE PROFILAKTYKI CHOROÓB UKŁADU KRAŻENIA	6
2	10.0010.153.02	PROGRAM PROFILAKTYKI PRZEWLEKŁEJ OBTURACYJNEJ CHOROBY PŁUC - ETAP BADAŃ PODSTAWOWYCH	5.12.00.0000002	PORADA NA ETAPIE BADAŃ PODSTAWOWYCH PR. PROFILAKTYKI PRZEWLEKŁEJ OBTURACYJNEJ CHOROBY PŁUC	4
3	10.0010.154.02	PROGRAM PROFILAKTYKI PRZEWLEKŁEJ OBTURACYJNEJ CHOROBY PŁUC - ETAP BADAŃ POGŁĘBIONYCH	5.12.00.0000003	PORADA NA ETAPIE BADAŃ POGŁĘBIONYCH PR. PROFILAKTYKI PRZEWLEKŁEJ OBTURACYJNEJ CHOROBY PŁUC	4
4	10.0010.155.02	PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY - ETAP PODSTAWOWY	5.12.00.0000004	PORADA NA ETAPIE PODSTAWOWYM PR. PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY	3
5	10.7000.156.02	PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY - ETAP DIAGNOSTYCZNY	5.12.00.0000006	PROCEDURA DIAGNOSTYCZNA W PR. PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY	3
6	10.0000.156.02	PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY - ETAP POGŁĘBIONEJ DIAGNOSTYKI	5.12.00.0000052	KOLPOSKOPIA NA ETAPIE POGŁĘBIONEJ DIAGNOSTYKI W PROGRAMIE PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY	7
7	10.0000.156.02	PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY - ETAP POGŁĘBIONEJ DIAGNOSTYKI	5.12.00.0000053	KOLPOSKOPIA Z CELOWANYM POBRANIEM WYCINKÓW I BADANIEM HISTOPATOLOGICZNYM	23
8	10.7940.157.02	PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI - ETAP PODSTAWOWY	5.12.00.0000007	PORADA NA ETAPIE PODSTAWOWYM PR. PROFILAKTYKI RAKA PIERSI	9
9	10.0000.157.02	PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI - ETAP POGŁĘBIONEJ DIAGNOSTYKI	5.12.00.0000054	PORADA NA ETAPIE POGŁĘBIONEJ DIAGNOSTYKI PR. PROFILAKTYKI RAKA PIERSI	2
10	10.0000.157.02	PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI - ETAP POGŁĘBIONEJ DIAGNOSTYKI	5.12.00.0000055	MAMMOGRAFIA UZUPEŁNIAJĄCA	7
11	10.0000.157.02	PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI - ETAP POGŁĘBIONEJ DIAGNOSTYKI	5.12.00.0000056	USG PIERSI	5
12	10.0000.157.02	PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI - ETAP POGŁĘBIONEJ DIAGNOSTYKI	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
13	10.0000.157.02	PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI - ETAP POGŁĘBIONEJ DIAGNOSTYKI	5.12.00.0000062	BIOPSJA GRUBOIGŁOWA PIERSI PRZEZSKÓRNA Z PEŁNĄ DIAGNOSTYKĄ (BADANIE HIST.-PAT.) Z UŻYCIEM TECHNIK OBRAZOWYCH	30
14	10.4450.159.02	PROGRAM BADAŃ PRENATALNYCH	5.19.00.0000025	PORADA GENETYCZNA - PROGRAM NFZ	4
15	10.4450.159.02	PROGRAM BADAŃ PRENATALNYCH	5.19.00.0000002	BADANIA BIOCHEMICZNE - AFP	7
16	10.4450.159.02	PROGRAM BADAŃ PRENATALNYCH	5.19.00.0000003	BADANIA BIOCHEMICZNE - PAP P-A	16
17	10.4450.159.02	PROGRAM BADAŃ PRENATALNYCH	5.19.00.0000004	BADANIA BIOCHEMICZNE - BETA-HCG	5
18	10.4450.159.02	PROGRAM BADAŃ PRENATALNYCH	5.19.00.0000005	BADANIA BIOCHEMICZNE - ESTRIOL	5
19	10.4450.159.02	PROGRAM BADAŃ PRENATALNYCH	5.19.00.0000008	BADANIE ULTRASONOGRAFICZNE	30
20	10.4450.159.02	PROGRAM BADAŃ PRENATALNYCH	5.19.00.0000026	BADANIA GENETYCZNE OBEJMUJĄCE MOLEKULARNĄ I BIOCHEMICZNĄ OCENĘ MATERIAŁU PŁODOWEGO - PROGRAM NFZ	120
21	10.4450.159.02	PROGRAM BADAŃ PRENATALNYCH	5.19.00.0000027	AMNIOPUNKCJA - PROGRAM NFZ	30
22	10.4450.159.02	PROGRAM BADAŃ PRENATALNYCH	5.19.00.0000028	BIOPSJA TROFOBLASTU - PROGRAM NFZ	30
23	10.4450.159.02	PROGRAM BADAŃ PRENATALNYCH	5.19.00.0000029	KORDOCENTEZA - PROGRAM NFZ	30

L.p.	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	Kod świadczenia	Nazwa świadczenia	Waga punktowa
24	10.0000.163.02	PROGRAM PROFILAKTYKI CHOROÓB ODYTONIOWYCH - ETAP SPECJALISTYCZNY	5.12.00.0000014	PORADA WSTĘPNA/KONTROLNA NA ETAPIE SPECJALISTYCZNYM	4
25	10.0000.163.02	PROGRAM PROFILAKTYKI CHOROÓB ODYTONIOWYCH - ETAP SPECJALISTYCZNY	5.12.00.0000016	PORADA KOLEJNA W CYKLU LECZENIA FARMAKOLOGICZNEGO	2
26	10.0000.163.02	PROGRAM PROFILAKTYKI CHOROÓB ODYTONIOWYCH - ETAP SPECJALISTYCZNY	5.12.00.0000017	PORADA KONTROLNA W CYKLU PSYCHOTERAPII GRUPOWEJ	2
27	10.0000.163.02	PROGRAM PROFILAKTYKI CHOROÓB ODYTONIOWYCH - ETAP SPECJALISTYCZNY	5.12.00.0000018	SESJA PSYCHOTERAPII INDYWIDUALNEJ	4
28	10.0000.163.02	PROGRAM PROFILAKTYKI CHOROÓB ODYTONIOWYCH - ETAP SPECJALISTYCZNY	5.12.00.0000059	SESJA PSYCHOTERAPII GRUPOWEJ (UDZIAŁ 1 OSOBY)	0,8
29	10.0000.164.02	PROGRAM PROFILAKTYKI CHOROÓB ODYTONIOWYCH - ETAP WYSOKOSPECJALISTYCZNY	5.12.00.0000015	PORADA WSTĘPNA/KONTROLNA NA ETAPIE WYSOKOSPECJALISTYCZNYM	6
30	10.0000.164.02	PROGRAM PROFILAKTYKI CHOROÓB ODYTONIOWYCH - ETAP WYSOKOSPECJALISTYCZNY	5.12.00.0000016	PORADA KOLEJNA W CYKLU LECZENIA FARMAKOLOGICZNEGO	2
31	10.0000.164.02	PROGRAM PROFILAKTYKI CHOROÓB ODYTONIOWYCH - ETAP WYSOKOSPECJALISTYCZNY	5.12.00.0000017	PORADA KONTROLNA W CYKLU PSYCHOTERAPII GRUPOWEJ	2
32	10.0000.164.02	PROGRAM PROFILAKTYKI CHOROÓB ODYTONIOWYCH - ETAP WYSOKOSPECJALISTYCZNY	5.12.00.0000018	SESJA PSYCHOTERAPII INDYWIDUALNEJ	4
33	10.0000.164.02	PROGRAM PROFILAKTYKI CHOROÓB ODYTONIOWYCH - ETAP WYSOKOSPECJALISTYCZNY	5.12.00.0000059	SESJA PSYCHOTERAPII GRUPOWEJ (UDZIAŁ 1 OSOBY)	0,8
34	10.0010.161.01	PROGRAM PROFILAKTYKI CHOROÓB ODYTONIOWYCH - ETAP PODSTAWOWY	5.12.00.0000020	OBJĘCIE PROGRAMEM PROFILAKTYKI CHOROÓB ODYTONIOWYCH	
35	10.0000.162.02	PROGRAM WCZESNEJ, WIELOSPECJALISTYCZNEJ, KOMPLEKSOWEJ, SKOORDYNOWANEJ I CIĄGŁEJ POMOCY DZIECKU ZAGROŻONEMU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ LUB NIEPEŁNOSPRAWNEMU ORAZ JEGO RODZINIE	5.12.00.0000021	KONSULTACJA LEKARZA PEDIATRY I TYPU	2
36	10.0000.162.02	PROGRAM WCZESNEJ, WIELOSPECJALISTYCZNEJ, KOMPLEKSOWEJ, SKOORDYNOWANEJ I CIĄGŁEJ POMOCY DZIECKU ZAGROŻONEMU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ LUB NIEPEŁNOSPRAWNEMU ORAZ JEGO RODZINIE	5.12.00.0000022	KONSULTACJA LEKARZA PEDIATRY II TYPU	4
37	10.0000.162.02	PROGRAM WCZESNEJ, WIELOSPECJALISTYCZNEJ, KOMPLEKSOWEJ, SKOORDYNOWANEJ I CIĄGŁEJ POMOCY DZIECKU ZAGROŻONEMU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ LUB NIEPEŁNOSPRAWNEMU ORAZ JEGO RODZINIE	5.12.00.0000023	KONSULTACJA LEKARZA PEDIATRY III TYPU	7
38	10.0000.162.02	PROGRAM WCZESNEJ, WIELOSPECJALISTYCZNEJ, KOMPLEKSOWEJ, SKOORDYNOWANEJ I CIĄGŁEJ POMOCY DZIECKU ZAGROŻONEMU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ LUB NIEPEŁNOSPRAWNEMU ORAZ JEGO RODZINIE	5.12.00.0000024	KONSULTACJA NEUROLOGICZNA I TYPU	2
39	10.0000.162.02	PROGRAM WCZESNEJ, WIELOSPECJALISTYCZNEJ, KOMPLEKSOWEJ, SKOORDYNOWANEJ I CIĄGŁEJ POMOCY DZIECKU ZAGROŻONEMU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ LUB NIEPEŁNOSPRAWNEMU ORAZ JEGO RODZINIE	5.12.00.0000025	KONSULTACJA NEUROLOGICZNA II TYPU	4
40	10.0000.162.02	PROGRAM WCZESNEJ, WIELOSPECJALISTYCZNEJ, KOMPLEKSOWEJ, SKOORDYNOWANEJ I CIĄGŁEJ POMOCY DZIECKU ZAGROŻONEMU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ LUB NIEPEŁNOSPRAWNEMU ORAZ JEGO RODZINIE	5.12.00.0000026	KONSULTACJA NEUROLOGICZNA III TYPU	7
41	10.0000.162.02	PROGRAM WCZESNEJ, WIELOSPECJALISTYCZNEJ, KOMPLEKSOWEJ, SKOORDYNOWANEJ I CIĄGŁEJ POMOCY DZIECKU ZAGROŻONEMU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ LUB NIEPEŁNOSPRAWNEMU ORAZ JEGO RODZINIE	5.12.00.0000027	KONSULTACJA LEKARZA REHABILITACJI MEDYCZNEJ I TYPU	2
42	10.0000.162.02	PROGRAM WCZESNEJ, WIELOSPECJALISTYCZNEJ, KOMPLEKSOWEJ, SKOORDYNOWANEJ I CIĄGŁEJ POMOCY DZIECKU ZAGROŻONEMU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ LUB NIEPEŁNOSPRAWNEMU ORAZ JEGO RODZINIE	5.12.00.0000028	KONSULTACJA LEKARZA REHABILITACJI MEDYCZNEJ II TYPU	4

L.p.	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	Kod świadczenia	Nazwa świadczenia	Waga punktowa
43	10.0000.162.02	PROGRAM Wczesnej, wielospecjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie	5.12.00.0000029	KONSULTACJA LEKARZA REHABILITACJI MEDYCZNEJ III TYPU	7
44	10.0000.162.02	PROGRAM Wczesnej, wielospecjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie	5.12.00.0000030	KONSULTACJA OKULISTYCZNA I TYPU	2
45	10.0000.162.02	PROGRAM Wczesnej, wielospecjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie	5.12.00.0000031	KONSULTACJA OKULISTYCZNA II TYPU	4
46	10.0000.162.02	PROGRAM Wczesnej, wielospecjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie	5.12.00.0000032	KONSULTACJA OKULISTYCZNA III TYPU	7
47	10.0000.162.02	PROGRAM Wczesnej, wielospecjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie	5.12.00.0000033	KONSULTACJA AUDIOLOGICZNA I TYPU	2
48	10.0000.162.02	PROGRAM Wczesnej, wielospecjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie	5.12.00.0000034	KONSULTACJA AUDIOLOGICZNA II TYPU	4
49	10.0000.162.02	PROGRAM Wczesnej, wielospecjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie	5.12.00.0000035	KONSULTACJA AUDIOLOGICZNA III TYPU	7
50	10.0000.162.02	PROGRAM Wczesnej, wielospecjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie	5.12.00.0000036	KONSULTACJA ORTOPEDYCZNA I TYPU	2
51	10.0000.162.02	PROGRAM Wczesnej, wielospecjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie	5.12.00.0000037	KONSULTACJA ORTOPEDYCZNA II TYPU	4
52	10.0000.162.02	PROGRAM Wczesnej, wielospecjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie	5.12.00.0000038	KONSULTACJA ORTOPEDYCZNA III TYPU	7
53	10.0000.162.02	PROGRAM Wczesnej, wielospecjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie	5.12.00.0000039	KONSULTACJA LOGOPEDYCZNA I TYPU	2
54	10.0000.162.02	PROGRAM Wczesnej, wielospecjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie	5.12.00.0000040	KONSULTACJA LOGOPEDYCZNA II TYPU	4
55	10.0000.162.02	PROGRAM Wczesnej, wielospecjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie	5.12.00.0000041	KONSULTACJA LOGOPEDYCZNA III TYPU	7
56	10.0000.162.02	PROGRAM Wczesnej, wielospecjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie	5.12.00.0000042	KONSULTACJA INNEGO SPECJALISTY I TYPU	2

L.p.	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	Kod świadczenia	Nazwa świadczenia	Waga punktowa
57	10.0000.162.02	PROGRAM WCZESNEJ, WIELOSPECJALISTYCZNEJ, KOMPLEKSOWEJ, SKOORDYNOWANEJ I CIĄGŁEJ POMOCY DZIECKU ZAGROŻONEMU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ LUB NIEPEŁNOSPRAWNEMU ORAZ JEGO RODZINIE	5.12.00.0000043	KONSULTACJA INNEGO SPECJALISTY II TYPU	4
58	10.0000.162.02	PROGRAM WCZESNEJ, WIELOSPECJALISTYCZNEJ, KOMPLEKSOWEJ, SKOORDYNOWANEJ I CIĄGŁEJ POMOCY DZIECKU ZAGROŻONEMU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ LUB NIEPEŁNOSPRAWNEMU ORAZ JEGO RODZINIE	5.12.00.0000044	KONSULTACJA INNEGO SPECJALISTY III TYPU	7
59	10.0000.162.02	PROGRAM WCZESNEJ, WIELOSPECJALISTYCZNEJ, KOMPLEKSOWEJ, SKOORDYNOWANEJ I CIĄGŁEJ POMOCY DZIECKU ZAGROŻONEMU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ LUB NIEPEŁNOSPRAWNEMU ORAZ JEGO RODZINIE	5.12.00.0000063	KONSULTACJA PSYCHOLOGICZNA / PSYCHIATRYCZNA 60 MIN	5
60	10.0000.162.02	PROGRAM WCZESNEJ, WIELOSPECJALISTYCZNEJ, KOMPLEKSOWEJ, SKOORDYNOWANEJ I CIĄGŁEJ POMOCY DZIECKU ZAGROŻONEMU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ LUB NIEPEŁNOSPRAWNEMU ORAZ JEGO RODZINIE	5.12.00.0000046	KONSULTACJA FIZJOTERAPEUTY	2
61	10.0000.162.02	PROGRAM WCZESNEJ, WIELOSPECJALISTYCZNEJ, KOMPLEKSOWEJ, SKOORDYNOWANEJ I CIĄGŁEJ POMOCY DZIECKU ZAGROŻONEMU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ LUB NIEPEŁNOSPRAWNEMU ORAZ JEGO RODZINIE	5.12.00.0000047	SESJA TERAPII LOGOPEDYCZNEJ / WIDZENIA 45 MIN	4
62	10.0000.162.02	PROGRAM WCZESNEJ, WIELOSPECJALISTYCZNEJ, KOMPLEKSOWEJ, SKOORDYNOWANEJ I CIĄGŁEJ POMOCY DZIECKU ZAGROŻONEMU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ LUB NIEPEŁNOSPRAWNEMU ORAZ JEGO RODZINIE	5.12.00.0000048	SESJA TERAPII PSYCHOLOGICZNEJ INDYWIDUALNEJ 45 MIN	4
63	10.0000.162.02	PROGRAM WCZESNEJ, WIELOSPECJALISTYCZNEJ, KOMPLEKSOWEJ, SKOORDYNOWANEJ I CIĄGŁEJ POMOCY DZIECKU ZAGROŻONEMU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ LUB NIEPEŁNOSPRAWNEMU ORAZ JEGO RODZINIE	5.12.00.0000049	SESJA TERAPII PSYCHOLOGICZNEJ GRUPOWEJ 45 MIN (udział 1 osoby)	1
64	10.0000.162.02	PROGRAM WCZESNEJ, WIELOSPECJALISTYCZNEJ, KOMPLEKSOWEJ, SKOORDYNOWANEJ I CIĄGŁEJ POMOCY DZIECKU ZAGROŻONEMU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ LUB NIEPEŁNOSPRAWNEMU ORAZ JEGO RODZINIE	5.12.00.0000050	SESJA TERAPII RUCHOWEJ INDYWIDUALNEJ (FIZJOTERAPII) 45 MIN	4
65	10.0000.162.02	PROGRAM WCZESNEJ, WIELOSPECJALISTYCZNEJ, KOMPLEKSOWEJ, SKOORDYNOWANEJ I CIĄGŁEJ POMOCY DZIECKU ZAGROŻONEMU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ LUB NIEPEŁNOSPRAWNEMU ORAZ JEGO RODZINIE	5.12.00.0000051	SESJA TERAPII RUCHOWEJ GRUPOWEJ (FIZJOTERAPII) 45 MIN (udział 1 osoby)	1
66	10.0000.166.02	PROGRAM PROFILAKTYKI GRUŹLICY - ETAP I	5.12.00.0000009	WYPEŁNIENIE ANKIETY MIERZĄCEJ POZIOM RYZYKA ZACHOROWANIA NA GRUŹLICĘ	1
67	10.0000.167.02	PROGRAM PROFILAKTYKI GRUŹLICY - ETAP II	5.12.00.0000060	PORADA SPECJALISTYCZNA W PROGRAMIE PROFILAKTYKI GRUŹLICY	10
68	10.0000.167.02	PROGRAM PROFILAKTYKI GRUŹLICY - ETAP II	5.12.00.0000011	WYKONANIE RTG KLATKI PIERSIOWEJ Z OPISEM	10
69	10.0000.167.02	PROGRAM PROFILAKTYKI GRUŹLICY - ETAP II	5.12.00.0000012	ZAŁOŻENIE I ODCZYTANIE PRÓBY TUBERKULINOWEJ	3
70	10.0000.167.02	PROGRAM PROFILAKTYKI GRUŹLICY - ETAP II	5.12.00.0000013	TRZYKROTNY POSIEW PLWOCINY	60
71	10.1450.166.02	PROGRAM WCZESNEGO WYKRYWANIA ZAKAŻEŃ HIV U KOBIET W CIĄŻY	5.12.01.0000001	PORADNICTWO OKOŁOTESTOWE Z WYKONANIEM TESTU PŁYTKOWEGO W KIERUNKU ZAKAŻENIA HIV	6
72	10.1450.166.02	PROGRAM WCZESNEGO WYKRYWANIA ZAKAŻEŃ HIV U KOBIET W CIĄŻY	5.12.01.0000002	PORADNICTWO OKOŁOTESTOWE BEZ BADANIA W KIERUNKU ZAKAŻENIA HIV	2
73	10.1600.167.02	PROGRAM WCZESNEJ DIAGNOSTYKI I LECZENIA JASKRY - ETAP I	5.12.02.0000001	PORADA NA ETAPIE I PROGRAMU WCZESNEJ DIAGNOSTYKI I LECZENIA JASKRY	4
74	10.1600.168.02	PROGRAM WCZESNEJ DIAGNOSTYKI I LECZENIA JASKRY - ETAP II	5.12.02.0000002	PORADA NA ETAPIE II PROGRAMU WCZESNEJ DIAGNOSTYKI I LECZENIA JASKRY	7

10/PRO/2007

UMOWA Nr/.....

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
- PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE**

zawarta w, dnia roku, pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia - **Oddziałem
Wojewódzkim** w z siedzibą:
..... (ADRES), reprezentowanym przez
....., zwanym dalej **“Oddziałem Funduszu”**

a

....., reprezentowanym przez
....., zwanym dalej **“Świadczeniodawcą”**.

PRZEDMIOT UMOWY

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, zwanych dalej „świadczeniami”, w zakresach określonych w **załączniku nr 1** do umowy.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w **“SZCZEGÓŁOWYCH MATERIAŁACH INFORMACYJNYCH O PRZEDMIOCIE POSTĘPOWANIA W SPRAWIE ZAWARCIA UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ O REALIZACJI I FINANSOWANIU UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W RODZAJU PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE”**, wprowadzanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w drodze zarządzenia, zwanych dalej „materiałami informacyjnymi”.
3. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę w okresie od dnia 1.01.2007 r. do dnia 31.12.2007 r. zgodnie z materiałami informacyjnymi określonymi zarządzeniem nr Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia r.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2

1. Świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są przez osoby wymienione w „Wykazie osób udzielających świadczeń”, stanowiącym **załącznik nr 2** do umowy.
2. Świadczenia w poszczególnych zakresach są udzielane zgodnie z „Harmonogramem pracy”, stanowiącym **załącznik nr 3** do umowy.
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 4** do umowy.

4. Dopuszczalne jest zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie niepełnego zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.
5. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w przepisach odrębnych i materiałach informacyjnych.
6. Umowa zawarta pomiędzy Świadczeniodawcą a podwykonawcą musi zawierać zastrzeżenie o prawie Oddziału Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy, na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy. Oddział Funduszu informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.
7. Zaprzestanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w **załączniku nr 4** do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi Oddziału Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.

§ 3

1. Świadczeniodawca zobowiązuje się, na okres obowiązywania umowy, do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń.
2. Minimalną sumę gwarancyjną ubezpieczenia, wskazanego w ust. 1 określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 197 poz.1643).
3. Minimalna suma gwarancyjna, o której mowa w ust. 2, ustalana jest przy zastosowaniu kursu średniego euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia została zawarta.
4. Ubezpieczenie, o którym mowa w ust. 1, obejmuje w szczególności odpowiedzialność cywilną z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych i zakażeń, w tym zakażenia wirusem HIV i wirusami hepatotropowymi powodującymi WZW.

WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

§ 4

1. Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy, w okresie od dnia 1.01.2007 r. do dnia 31.12.2007 r. wynosi maksymalnie zł (słownie: zł).
2. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący **załącznik nr 1** do umowy.
3. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń Oddział Funduszu wypłaca na rachunek bankowy Świadczeniodawcy nr
4. Kwota, o której mowa w ust. 1, uwzględnia jej wzrost, zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr..., poz...), o równowartość 30% kosztów pracy.
5. W przypadku, gdy wartość wykonanych przez Świadczeniodawcę świadczeń w zakresie:
 - 1) programu profilaktyki raka szyjki macicy - etap podstawowy;
 - 2) programu profilaktyki raka szyjki macicy - etap diagnostyczny;
 - 3) programu profilaktyki raka szyjki macicy - etap pogłębionej diagnostyki;
 - 4) programu profilaktyki raka piersi - etap podstawowy;
 - 5) programu profilaktyki raka piersi - etap pogłębionej diagnostyki,

przekroczy kwotę zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy, o której mowa w ust. 1, na wniosek Świadczeniodawcy - składany nie częściej, niż raz w miesiącu – strony umowy zwiększą odpowiednio:

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

6. W przypadku stosowania do rozliczeń przez Świadczeniodawcę Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP), za raport statystyczny, o którym mowa w § 22 ust. 1 "Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej", stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2005r nr 197 poz. 1643), uznaje się zapisy zgromadzone w SIMP.

KARY UMOWNE

§ 5

1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Dyrektor Oddziału Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną.
2. W przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Oddział Funduszu 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. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 i 2, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 6

Umowa zostaje zawarta na okres od dnia do dniar.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 7

Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy są sądy powszechne właściwe dla Oddziału Funduszu.

§ 8

W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

§ 10

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

PODPISY STRON

.....

.....

.....

.....

Świadczeniodawca

Oddział Funduszu

Wykaz załączników do umowy:

- 1) **Załącznik nr 1 do umowy** – Plan rzeczowo-finansowy;
- 2) **Załącznik nr 2 do umowy** – Wykaz osób udzielających świadczeń;
- 3) **Załącznik nr 3 do umowy** – Harmonogram pracy;
- 4) **Załącznik nr 4 do umowy** – Wykaz podwykonawców

(Pieczęć świadczeniodawcy)

załącznik nr 2 do umowy PRO

Wykaz osób udzielających świadczeń

Numer umowy Nazwa Świadczeniodawcy

Grupa zawodowa 1* lekarze (2231)

System pracy 1: system stały¹

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)							liczba godzin tygodniowa	uwagi
											poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	niedziela		
											od do	od do	od do	od do	od do	od do	od do		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1																			
2																			
3																			

* grupy zawodowe wg słownika

** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń

System pracy 2: system zmianowy²

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1												
2												
3												

System pracy 3: system dyżurowy³

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1												
2												
3												

¹ system stały - wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy takiego pracownika wykazać wyłącznie w systemie pracy stałym)

² system zmianowy - wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

³ system dyżurowy - wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią wyłącznie dyżury)

Grupa zawodowa* 2: pielęgniarki (2241)

System pracy 1: system stały¹

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)							liczba godzin tygodniowa	uwagi
											poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	niedziela		
											od do	od do	od do	od do	od do	od do	od do		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1																			
2																			
3																			

* grupy zawodowe wg słownika

** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń

System pracy 2: system zmianowy²

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1												
2												
3												

System pracy 3: system dyżurowy³

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1												
2												
3												

¹ **system stały** - wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy takiego pracownika wykazać wyłącznie w systemie pracy stałym)

² **system zmianowy** - wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

³ **system dyżurowy** - wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **wyłącznie** dyżury)

Grupa zawodowa* 3: położne (2242)

System pracy 1: system stały¹

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)							liczba godzin tygodniowa	uwagi
											poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	niedziela		
											od do	od do	od do	od do	od do	od do	od do		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1																			
2																			
3																			

* grupy zawodowe wg słownika

** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń

System pracy 2: system zmianowy²

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1												
2												
3												

System pracy 3: system dyżurowy³

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1												
2												
3												

¹ **system stały** - wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy takiego pracownika wykazać wyłącznie w systemie pracy stałym)

² **system zmianowy** - wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

³ **system dyżurowy** - wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **wyłącznie** dyżury)

Grupa zawodowa* 4: Specjaliści ochrony zdrowia (z wyjątkiem pielęgniarek i położnych) gdzie indziej niesklasyfikowani (2239)

System pracy 1: system stały¹

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)						liczba godzin tygodniowa	uwagi	
											poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota			niedziela
											od do	od do	od do	od do	od do	od do			od do
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1																			
2																			
3																			

* grupy zawodowe wg słownika

** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń

System pracy 2: system zmianowy²

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1												
2												
3												

System pracy 3: system dyżurowy³

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1												
2												
3												

¹ **system stały** - wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy takiego pracownika wykazać wyłącznie w systemie pracy stałym)

² **system zmianowy** - wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

³ **system dyżurowy** - wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **wyłącznie** dyżury)

Grupa zawodowa* 5: Psycholodzy i pokrewni (2444)

System pracy 1: system stały¹

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)							liczba godzin tygodniowa	uwagi	
											poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	niedziela			
											od do	od do	od do	od do	od do	od do	od do			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1																				
2																				
3																				

* grupy zawodowe wg słownika

** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń

System pracy 2: system zmianowy²

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1												
2												
3												

System pracy 3: system dyżurowy³

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1												
2												
3												

¹ **system stały** - wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy takiego pracownika wykazać wyłącznie w systemie pracy stałym)

² **system zmianowy** - wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

³ **system dyżurowy** - wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **wyłącznie** dyżury)

Grupa zawodowa* 6: Technicy nauk chemicznych, fizycznych i pokrewni (3111)

System pracy 1: system stały¹

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)							liczba godzin tygodniowa	uwagi
											poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	niedziela		
											od do	od do	od do	od do	od do	od do	od do		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1																			
2																			
3																			

* grupy zawodowe wg słownika

** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń

System pracy 2: system zmianowy²

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1												
2												
3												

System pracy 3: system dyżurowy³

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1												
2												
3												

¹ **system stały** - wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy takiego pracownika wykazać wyłącznie w systemie pracy stałym)

² **system zmianowy** - wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

³ **system dyżurowy** - wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **wyłącznie** dyżury)

Grupa zawodowa* 7: Fizjoterapeuci i pokrewni (3224)

System pracy 1: system stały¹

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)							liczba godzin tygodniowa	uwagi	
											poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	niedziela			
											od do	od do	od do	od do	od do	od do	od do			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1																				
2																				
3																				

* grupy zawodowe wg słownika

** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń

System pracy 2: system zmianowy²

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1												
2												
3												

System pracy 3: system dyżurowy³

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1												
2												
3												

¹ **system stały** - wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy takiego pracownika wykazać wyłącznie w systemie pracy stałym)

² **system zmianowy** - wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

³ **system dyżurowy** - wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **wyłącznie** dyżury)

Grupa zawodowa* 8: Dietetycy i żywieniowcy (3214)

System pracy 1: system stały¹

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)						liczba godzin tygodniowa	uwagi	
											poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota			niedziela
											od do	od do	od do	od do	od do	od do			od do
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1																			
2																			
3																			

* grupy zawodowe wg słownika

** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń

System pracy 2: system zmianowy²

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1												
2												
3												

System pracy 3: system dyżurowy³

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1												
2												
3												

¹ **system stały** - wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy takiego pracownika wykazać wyłącznie w systemie pracy stałym)

² **system zmianowy** - wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

³ **system dyżurowy** - wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **wyłącznie** dyżury)

Grupa zawodowa* 9: Operatorzy aparatury medycznej (3227)

System pracy 1: system stały¹

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)							liczba godzin tygodniowa	uwagi
											poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	niedziela		
											od do	od do	od do	od do	od do	od do	od do		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1																			
2																			
3																			

* grupy zawodowe wg słownika

** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń

System pracy 2: system zmianowy²

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1												
2												
3												

System pracy 3: system dyżurowy³

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność**	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje ***	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1												
2												
3												

¹ **system stały** - wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy takiego pracownika wykazać wyłącznie w systemie pracy stałym)

² **system zmianowy** - wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

³ **system dyżurowy** - wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **wyłącznie** dyżury)

Grupa zawodowa* 10: Biochemicy, biofizycy i pokrewni (2213)

System pracy 1: system stały¹

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)							liczba godzin tygodniowa	uwagi
											poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	niedziela		
											od do	od do	od do	od do	od do	od do	od do		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1																			
2																			
3																			

* grupy zawodowe wg słownika

** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń

System pracy 2: system zmianowy²

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1												
2												
3												

System pracy 3: system dyżurowy³

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność**	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje ***	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1												
2												
3												

¹ **system stały** - wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy takiego pracownika wykazać wyłącznie w systemie pracy stałym)

² **system zmianowy** - wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

³ **system dyżurowy** - wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **wyłącznie** dyżury)

Grupa zawodowa* 11: Średni personel ochrony zdrowia gdzie indziej niesklasyfikowany (3229)

System pracy 1: system stały¹

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)							liczba godzin tygodniowa	uwagi
											poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	niedziela		
											od do	od do	od do	od do	od do	od do	od do		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1																			
2																			
3																			

* grupy zawodowe wg słownika

** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń

System pracy 2: system zmianowy²

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1												
2												
3												

System pracy 3: system dyżurowy³

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność**	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje ***	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1												
2												
3												

¹ **system stały** - wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy takiego pracownika wykazać wyłącznie w systemie pracy stałym)

² **system zmianowy** - wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

³ **system dyżurowy** - wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **wyłącznie** dyżury)

HARMONOGRAM PRACY

(dotyczy realizacji programu

numer umowy:

godziny pracy

KOD komórki organizacyjnej (zakresu świadczeń)	NAZWA komórki organizacyjnej (zakresu świadczeń)	ADRES komórki organizacyjnej (zakresu świadczeń) (wypełnić dla każdego miejsca udzielania świadczeń oddzielnie)		NUMER TELEFONU (obowiązkowo wpisać numer telefonu stacjonarnego)	poniedziałek		wtorek		środa		czwartek		piątek		sobota		tygodniowa liczba godzin pracy	informacje dodatkowe
		MIEJSCOWOŚĆ	ULICA numer domu i lokalu		od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do		

data sporządzenia:

pieczęć i podpis świadczeniodawcy:

Wykaz podwykonawców

(w ramach realizacji Programu)

lp. <i>1</i>	nazwa podwykonawcy <i>2</i>	przedmiot umowy <i>3</i>	miejsce udzielania świadczeń <i>4</i>	czas obowiązywania umowy <i>5</i>
1				
2				
3				
4				
5				
6				

SZCZEGÓŁOWY OPIS ŚWIADCZEŃ I ZASAD ICH UDZIELANIA ORAZ WYMAGANIA WOBEC ŚWIADCZENIODAWCÓW W PROGRAMIE PROFILAKTYKI CHOROÓB UKŁADU KRAŻENIA

1. OPIS ŚWIADCZEŃ

- 1) objęcie przez świadczeniodawcę Programem świadczeniobiorców, którzy zgłoszą się do niego na podstawie zaproszenia imiennego lub bez skierowania,
- 2) przeprowadzenie wywiadu i wypełnienie I części Karty Badania w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki (SIMP),
- 3) wykonanie badań biochemicznych krwi (stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, HDL-cholesterolu, triglicerydów i poziomu cukru na czczo), pomiar ciśnienia tętniczego krwi, określenie BMI,
- 4) ustalenie terminu wizyty u lekarza,
- 5) wpisanie wyników badań do Karty Badania Profilaktycznego w SIMP,
- 6) przeprowadzenie badania przedmiotowego przez lekarza i ocena poszczególnych czynników ryzyka, wg kryteriów określonych w SIMP,
- 7) zakwalifikowanie świadczeniobiorców do odpowiednich grup ryzyka, zgodnie ze schematem określonym w SIMP,
- 8) uzyskany wynik zostaje zapisany w Karcie Badania Profilaktycznego w SIMP,
- 9) edukacja świadczeniobiorcy: rozmowa, przekazanie materiałów zachęcających do zmiany stylu życia na bardziej sprzyjający zdrowiu,
- 10) decyzyja, co do dalszego postępowania.

2. ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ:

- 1) dla zwiększenia dostępności do świadczeń preferuje się udzielanie świadczeń w ramach Programu przynajmniej w jedną sobotę miesiąca oraz przynajmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych, tj. od godz. 14 do godz. 18,
- 2) porada w ramach programu stanowi cykl zdarzeń rozliczanych jako jedno świadczenie.

3. WYMAGANIA WOBEC OFERENTÓW

Ofertę mogą składać świadczeniodawcy posiadający umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, w zakresie: świadczenia lekarza POZ.

W postępowaniu mogą wziąć udział jedynie świadczeniodawcy zapewniający pełen zakres świadczeń objętych Programem, posiadający dostęp do internetu umożliwiający prowadzenie dokumentacji elektronicznej realizacji Programu w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki.

Preferowani są świadczeniodawcy prowadzący skryning aktywny dla określonej populacji.

1) KWALIFIKACJE PERSONELU MEDYCZNEGO:

a) lekarz

kwalfikacje określone w „Informacji o warunkach zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna”,

b) pielęgniarka spełniająca co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- magister pielęgniarstwa,
- magister edukacji zdrowotnej i wykształcenie średnie medyczne,
- licencjat z pielęgniarstwa,
- licencjat z zakresu edukacji zdrowotnej i wykształcenie średnie medyczne,
- specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, środowiskowego /rodzinnego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej,
- kurs kwalifikacyjny z pielęgniarstwa środowiskowego/rodzinnego, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej,

2) WYMAGANIA DOTYCZĄCE SPRZĘTU I APARATURY

wyposażenie gabinetu lekarskiego:

zgodnie z wymaganiami zawartymi w „Informacji o warunkach zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna”.

Rankingujaco w kryterium dostępność ocenia się spełnienie wymogów zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 126, poz. 985) w zakresie dostępności dla osób niepełnosprawnych ruchowo.

Wzór zgody świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych

Nr telefonu komórkowego:

Nr telefonu stacjonarnego:

Adres e-mail:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonicznego oraz adresu e-mail, otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej oraz poczty elektronicznej informacji medycznych oraz gromadzenie i przetwarzanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie danych przekazanych przez mnie za pomocą wiadomości SMS dla potrzeb realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych.

Podpis świadczeniobiorcy

SZCZEGÓŁOWY OPIS ŚWIADCZEŃ I ZASAD ICH UDZIELANIA ORAZ WYMAGANIA WOBEC ŚWIADCZENIODAWCÓW W PROGRAMIE PROFILAKTYKI PRZEWLEKLEJ OBTURACYJNEJ CHOROBY PŁUC

1. OPIS ŚWIADCZEŃ

1) PORADA NA ETAPIE BADAŃ PODSTAWOWYCH OBEJMUJE:

- a) zarejestrowanie przez świadczeniodawcę świadczeniobiorców, którzy zgłoszą się do Programu na podstawie imiennego zaproszenia lub bez skierowania w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki (SIMP),
- b) zapoznanie świadczeniobiorcy z założeniami Programu przez przeszkoloną pielęgniarkę (**Załącznik nr 1 do Programu** – informacja dla pacjenta),
- c) wypełnienie ankiety o stanie zdrowia Świadczeniobiorcy w SIMP,
- d) wykonanie badania spirometrycznego,
- e) przeprowadzenie przez lekarza badania fizykalnego i wypełnienie Karty badania lekarskiego w SIMP,
- f) porada antynikotynowa dla palących papierosy zgodnie ze schematem określonym w **załączniku nr 3 do Programu**, a w przypadku kobiet poinformowanie iż palenie tytoniu jest czynnikiem ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy,
- g) kwalifikacja do grupy ryzyka z zaleceniem ponownego zgłoszenia się do Programu po 36 miesiącach w razie kontynuacji palenia lub skierowanie świadczeniobiorcy do dalszego postępowania zgodnie ze schematem określonym w **załączniku nr 2 do Programu**,
- h) wszyscy świadczeniobiorcy z nieprawidłowym wynikiem badania spirometrycznego kierowani są do etapu badań pogłębionych;

2) PORADA NA ETAPIE BADAŃ POGŁĘBIONYCH OBEJMUJE:

- a) zarejestrowanie świadczeniobiorcy skierowanego przez realizatora etapu badań podstawowych Programu w SIMP,
- b) wykonanie badania spirometrycznego, w przypadku potwierdzenia nieprawidłowego wyniku spirometrii – wykonanie spirometrycznej próby rozkurczowej,
- c) badanie podmiotowe i przedmiotowe, pogłębione o wywiad dotyczący palenia tytoniu,
- d) porada antynikotynowa,
- e) ocena informacji o pacjencie, zebranych w obu etapach Programu, celem potwierdzenia lub wykluczenia rozpoznania POChP,
- f) udokumentowanie w SIMP rozpoznania postawionego na etapie badań pogłębionych i zaleceń co do dalszego postępowania;

3) ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ:

- a) świadczeniodawca realizujący etap badań podstawowych zapewnia (np. na podstawie

- umowy podwykonawczej) i finansuje (w ramach przyznanych na ten cel środków finansowych) konsultację specjalistyczną na etapie badań pogłębionych,
- b) liczba porad na etapie badań pogłębionych powinna stanowić 30 - 40 % liczby porad wykonanych na etapie badań podstawowych,
- c) dla zwiększenia dostępności do świadczeń preferuje się udzielanie świadczeń w ramach Programu przynajmniej w jedną sobotę miesiąca oraz przynajmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych, tj. od godz. 14 do godz. 18.

2. WYMAGANIA WOBEC OFERENTÓW

Świadczeniodawca musi posiadać dostęp do internetu umożliwiający prowadzenie dokumentacji elektronicznej realizacji Programu w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki.

Ofertę mogą składać świadczeniodawcy posiadający umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, w zakresie: świadczenia lekarza POZ.

W postępowaniu mogą wziąć udział jedynie świadczeniodawcy zapewniający kompleksową realizację świadczeń, z zastrzeżeniem, że etap badań pogłębionych może być realizowany na podstawie umowy podwykonawczej. Podwykonawca musi spełniać wymagania określone w niniejszych materiałach informacyjnych, a umowa podwykonawcza musi zawierać zobowiązanie świadczeniodawcy do poddania się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia.

1) KWALIFIKACJE PERSONELU MEDYCZNEGO

a) lekarz realizujący etap badań podstawowych:

- kwalifikacje określone w „Informacji o warunkach zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna”,
- odbyte szkolenie w zakresie realizacji Programu,

b) lekarz realizujący etap badań pogłębionych – specjalista w dziedzinie chorób płuc,

c) pielęgniarka spełniająca co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- magister pielęgniarstwa,
- magister edukacji zdrowotnej i wykształcenie średnie medyczne,
- licencjat z pielęgniarstwa,
- licencjat z zakresu edukacji zdrowotnej i wykształcenie średnie medyczne,
- specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, środowiskowego /rodzinnego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej,

- kurs kwalifikacyjny z pielęgniarstwa środowiskowego/rodzinnego, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej,
- odbyte szkolenie w zakresie wykonywania podstawowego badania spirometrycznego.

2) WYMAGANIA DOTYCZĄCE SPRZĘTU I APARATURY

a) wyposażenie gabinetu lekarskiego na etapie podstawowym

zgodnie z wymaganiami zawartymi w „Informacji o warunkach zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna”,

b) spirometr (na etapie badań podstawowych i na etapie badań pogłębionych):

warunki minimalne:

- spirometr musi być niezależnym, autonomicznym aparatem pomiarowym (przystawka spirometryczna do większego wielozadaniowego aparatu nie może być używana),
- mierzone i rejestrowane zmienne: FEV1 i FVC, wydechowa część krzywej przepływ/objętość,
- czułość pomiaru: +/-3% lub 0,05 L; zakres: 0-8 L; czas: 1 i 15 sek.,
- wartości należne według ECCS/ERS,
- możliwość obserwacji wydechowej części krzywej przepływ/objętość w czasie wykonywania badania,
- prezentacja i archiwizacja wyniku (wydruk):
- wydechowa część krzywej przepływ/objętość,
- wyniki trzech pomiarów spirometrycznych w wartościach bezwzględnych i procentach wielkości należnej (wg ECCS/ERS),
- wskaźnik FEV1/FVC w wielkości bezwzględnej, oraz wyrażony jako procent wielkości należnej,

warunki rankingujące, za które oferent otrzymuje dodatkowe punkty w ocenie oferty

w kryterium jakość:

- wewnętrzny system kontroli jakości badania wyrażony w międzynarodowym systemie oceny jakości badania (A-F).
- wydruk krzywej objętość/czas.

Rankingujaco w kryterium dostępność ocenia się spełnienie wymogów zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 126, poz. 985) w zakresie dostępności dla osób niepełnosprawnych ruchowo.

Wzór zgody Świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych

Nr telefonu komórkowego:

Nr telefonu stacjonarnego:

Adres e-mail:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonicznego oraz adresu e-mail, otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej oraz poczty elektronicznej informacji medycznych oraz gromadzenie i przetwarzanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie danych przekazanych przez mnie za pomocą wiadomości SMS dla potrzeb realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych.

Podpis świadczeniobiorcy

**SZCZEGÓŁOWY OPIS ŚWIADCZEŃ I ZASAD ICH UDZIELANIA ORAZ WYMAGANIA WOBEC
ŚWIADCZENIODAWCÓW W PROGRAMIE PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY**

1. OPIS ŚWIADCZEŃ

Porada na etapie podstawowym obejmuje:

- 1) zarejestrowanie w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki (SIMP) z jednoczesną weryfikacją kwalifikacji do objęcia Programem, kobiety z ustalonej grupy wiekowej, która zgłosi się do Programu,
- 2) wypełnienie ankiety w SIMP,
- 3) pobranie materiału do badania przy użyciu jednorazowego wziernika i szczoteczki typu cyto – brush (w przypadku kiedy próbka nie nadaje się do oceny mikroskopowej, świadczeniodawca zobowiązany jest poinformować o tym pacjentkę i ponownie pobrać materiał do badania),
- 4) rozprowadzenie pobranego materiału na całej powierzchni szkiełka podstawowego i jego utrwalenie (cytofix lub alkohol 96%),
- 6) edukacja w zakresie prewencji nowotworu szyjki macicy,
- 7) wysłanie pobranego materiału wraz z wypełnioną ankietą (może być wydruk z SIMP) do pracowni diagnostycznej wyłonionej w drodze postępowania poprzedzającego zawarcie umów na realizację etapu diagnostyki cytologicznej programu,
- 8) przekazanie pacjentce wyniku badania i decyzja, co do dalszego postępowania:
 - a) zalecenie ponownego zgłoszenia się na badanie po trzech latach w przypadku prawidłowego wyniku i braku czynników ryzyka (za pisemną zgodą pacjentki, wynik badania nie musi być przekazany osobiście przez lekarza);
 - b) zalecenie wcześniejszego badania cytologicznego (po 12 miesiącach) w ramach Programu w uzasadnionych przypadkach, w szczególności kobietom zakażonym wirusem HIV, przyjmującym leki immunosupresyjne, zakażone HPV - typem wysokiego ryzyka (za pisemną zgodą pacjentki, prawidłowy wynik badania nie musi być przekazany osobiście przez lekarza),
 - c) skierowanie do odpowiedniej placówki realizującej świadczenia zdrowotne w ramach Etapu pogłębionej diagnostyki Programu, jeżeli konieczna jest weryfikacja wstępnego rozpoznania (w przypadku nieprawidłowego wyniku, jeśli pacjentka nie zgłosi się po jego odbiór w ciągu 3 miesięcy, konieczne wezwanie pacjentki),

Procedura diagnostyczna obejmuje:

- 1) wykonanie oceny mikroskopowej materiału cytologicznego przesłanego przez realizatora etapu podstawowego Programu,
- 2) wynik badania musi być opisany w systemie Bethesda 2001 oraz uzupełniająco w systemie Papanicolau,
- 3) przesłanie wyniku badania do poradni, w której pobrano materiał,
- 4) komputerowa archiwizacja wyników i zbiorcze opracowanie danych statystycznych,
- 5) prowadzenie elektronicznej bazy danych badanych kobiet i wyników badań w SIMP.

Etap pogłębionej diagnostyki:

- 1) zarejestrowanie (wprowadzenie do bazy danych w SIMP) kobiety skierowanej w ramach realizacji etapu podstawowego Programu,
- 2) badanie kolposkopowe,
- 3) w przypadku zaistnienia wskazań do weryfikacji obrazu kolposkopowego – pobranie celowanych wycinków do badania histopatologicznego,
- 4) badanie histopatologiczne pobranego w wyniku biopsji materiału,
- 5) postawienie rozpoznania na podstawie przeprowadzonych badań,
- 6) decyzja, co do dalszego postępowania (skierowanie na leczenie lub określenie terminu kolejnego badania cytologicznego),
- 7) zgłaszanie do Regionalnego Rejestru Nowotworów wyników dodatnich na kartach zgłoszenia nowotworu złośliwego Mz/N1-a z dopiskiem „S” (skrining),
- 8) prowadzenie elektronicznej bazy danych badanych kobiet i wyników badań w SIMP).

4) ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ:

- a) dla zwiększenia dostępności do świadczeń preferuje się udzielanie świadczeń w ramach Programu (na etapie podstawowym) przynajmniej w jedną sobotę miesiąca oraz przynajmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych, tj. od godz. 14 do godz. 18,
- b) porada w ramach Programu stanowi cykl zdarzeń rozliczanych jako jedno świadczenie.

W przypadku wykonania badania cytologicznego w ramach Programu Świadczeniodawca nie może rozliczyć porady II typu w AOS w oparciu o badanie cytologiczne.

III. WYMAGANIA WOBEC OFERENTÓW

Świadczeniodawcy zobowiązani są posiadać dostęp do internetu umożliwiający prowadzenie elektronicznej dokumentacji realizacji Programu w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki (SIMP).

W postępowaniu poprzedzającym zawarcie umów o realizację etapu pogłębionej diagnostyki mogą wziąć udział jedynie świadczeniodawcy zapewniający kompleksową realizację świadczeń.

1. NA ETAPIE PODSTAWOWYM REALIZACJI PROGRAMU

1) KWALIFIKACJE PERSONELU MEDYCZNEGO

lekarz ze specjalizacją w dziedzinie ginekologii i położnictwa.

2) SPRZĘT

- a) jednorazowe wzierniki,
- b) szczoteczka typu cyto – brush,
- c) szkiełka podstawowe z jednym brzegiem matowionym.

2. NA ETAPIE DIAGNOSTYKI CYTOLOGICZNEJ

1) KWALIFIKACJE PERSONELU MEDYCZNEGO

Kierownik pracowni

- specjalista w dziedzinie patomorfologii,

Osoby dokonujące oceny mikroskopowej preparatów – cytotechnicy lub patomorfolodzy

(co najmniej 2):

- wykonywanie co najmniej 4 000 badań rocznie* przez jednego cytotechnika lub patomorfologa.

Warunkiem koniecznym

jest wykonywanie w pracowni co najmniej 8 000 badań cytologicznych – ginekologicznych rocznie*.

Warunki rankingujące:

- a) wykonywanie przez pracownię powyżej 15 tys. badań cytologicznych – ginekologicznych rocznie*,
- b) oczekiwanie na wynik badania do 7 dni

2) SPRZĘT

warunki minimalne

mikroskopy wysokiej jakości,

warunki rankingujące

- a) urządzenie do automatycznego barwienia preparatów cytologicznych.

3) INNE

a) jakość preparatów cytologicznych:

- rozmaz powinien mieć przynajmniej 1200 mm² powierzchni szkiełka,
- barwienie Papanicolaou (wymagany standard);

b) sposób ustalenia rozpoznania

- a) preparat cytologiczny inny niż ujemny musi być oceniany dwustopniowo: cytotechnik + specjalista w dziedzinie patomorfologii,
- b) **rozpoznanie wg systemu Bethesda 2001 (oraz uzupełniająco także wg klasyfikacji Papanicolaou)**. Wynik badania podpisany przez cytotechnika i specjalistę w dziedzinie patomorfologii powinien mieć kolejny numer i być wprowadzony do komputerowej bazy danych. Wynik badania określony jako: rak, SIL, ASCUS, AGUS powinien być drukowany w 2 egzemplarzach. Jeden egzemplarz dla poradni, która przysłała materiał do badania (w celu przekazania pacjentce), drugi egzemplarz pozostaje w

* rocznie oznacza ostatnie 12 miesięcy

zakładzie/pracowni wykonującej badanie. Pozostałe wyniki: 1 egzemplarz dla pacjentki, kopia w bazie komputerowej.

c) kontrola jakości

- dwustopniowa diagnostyka, wynik oceny mikroskopowej podpisuje cytotechnik i specjalista w dziedzinie patomorfologii,
- 10% ujemnych wyników ocenianych przez cytotechnika jest na bieżąco ocenianych powtórnie przez doświadczonego cytotechnika (z co najmniej 10-letnim doświadczeniem), należy prowadzić szczegółową dokumentację tej powtórnej oceny,
- korelacja rozpoznań cytologicznych z histologicznymi,
- bieżąca analiza (dyskusja) wszystkich przypadków „dodatnich” i podejrzanych w mikroskopie konsultacyjnym prowadzona przez patomorfologa ze wszystkimi cytotechnikami w Pracowni,
- archiwum preparatów „dodatnich” przez cały czas istnienia pracowni a „ujemnych” przez minimum 5 lat,
- archiwum kopii wyników badań cytologicznych + komputerowa baza danych.

3. NA ETAPIE POGŁĘBIONEJ DIAGNOSTYKI

1) KWALIFIKACJE PERSONELU MEDYCZNEGO:

- a) lekarze ze specjalizacją w dziedzinie położnictwa i ginekologii z udokumentowanym szkoleniem w wykonywaniu badań kolposkopowych lub ze specjalizacją w dziedzinie ginekologii onkologicznej (co najmniej 2 lekarzy),
- b) zapewnienie współpracy z lekarzem ze specjalizacją w dziedzinie patomorfologii/pracownią patomorfologii.

2) SPRZĘT:

- a) 2 mikroskopy,
- b) kolposkop.

Rankingujaco w kryterium dostępność (dla etapu podstawowego i etapu pogłębionej diagnostyki) ocenia się spełnienie wymogów zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 126, poz. 985) w zakresie dostępności dla osób niepełnosprawnych ruchowo.

Wzór zgody świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych

Nr telefonu komórkowego:

Nr telefonu stacjonarnego:

Adres e-mail:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonicznego oraz adresu e-mail, otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej oraz poczty elektronicznej informacji medycznych oraz gromadzenie i przetwarzanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie danych przekazanych przez mnie za pomocą wiadomości SMS dla potrzeb realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych.

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

Podpis świadczeniobiorcy

**SZCZEGÓŁOWY OPIS ŚWIADCZEŃ I ZASAD ICH UDZIELANIA ORAZ WYMAGANIA WOBEC
ŚWIADCZENIODAWCÓW W PROGRAMIE PROFILAKTYKI RAKA PIERSI**

1. OPIS ŚWIADCZEŃ

Na etapie podstawowym:

- 1) porada profilaktyczna w ramach realizacji etapu podstawowego Programu obejmuje:
 - a) zarejestrowanie w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki (SIMP) z jednoczesną weryfikacją kwalifikacji do objęcia Programem, kobiety z ustalonej grupy wiekowej, która zgłosi się do Programu,
 - b) przeprowadzenie wywiadu i wypełnienie ankiety w SIMP,
 - c) badanie mammograficzne : 2 x 2 zdjęcia mammograficzne wraz z opisem, sporządzenie Karty badania mammograficznego w SIMP,
 - d) decyzja dotycząca dalszego postępowania w zależności od wyniku badania potwierdzona pisemnie zgodnie z wzorem określonym w SIMP,
 - kobiety z nieprawidłowym wynikiem badania, zostaną skierowane z pracowni mammograficznej do świadczeniodawcy realizującego etap pogłębionej diagnostyki, przy czym termin badania powinien zostać uzgodniony (np. telefonicznie) w momencie wystawienia skierowania, a okres oczekiwania nie może przekraczać 30 dni.

Na etapie pogłębionej diagnostyki:

- 1) porada lekarska, stanowiąca cykl zdarzeń, obejmująca badanie fizykalne, skierowanie na niezbędne badania w ramach realizacji Programu, ocenę wyników przeprowadzonych badań i postawienie rozpoznania, wyniki badań dokumentowane są w SIMP,
- 2) mammografia uzupełniająca i/lub
- 3) USG piersi (decyzję o wykonaniu badania podejmuje lekarz, biorąc pod uwagę m.in.: wynik mammografii, wynik badania palpacyjnego, strukturę gruczołu sutkowego, stosowanie hormonalnej terapii zastępczej, konieczność zróżnicowania między guzem litym a torbielą sutka),
- 4) biopsja cienkoigłowa / gruboigłowa pod kontrolą technik obrazowych z badaniem cytologicznym / histopatologicznym pobranego materiału w przypadku nieprawidłowości stwierdzonych w badaniu mammograficznym/USG,
- 5) decyzja, co do dalszego postępowania potwierdzona wystawieniem skierowania na dalszą diagnostykę lub leczenie do świadczeniodawcy posiadającego umowę z NFZ w odpowiednich dla schorzenia rodzajach świadczeń,
- 6) prowadzenie bazy danych badanych kobiet i wyników badań w SIMP,
- 7) zgłaszanie wykrytego nowotworu piersi do regionalnego rejestru nowotworów na karcie zgłoszenia nowotworu złośliwego Mz/N-1a z dopiskiem „S”.

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

2. WYMAGANIA WOBEC OFERENTÓW

W postępowaniu poprzedzającym zawarcie umów na realizację Programu mogą wziąć udział jedynie świadczeniodawcy zapewniający kompleksową realizację świadczeń, wykonujący co najmniej 2000 badań rocznie*, posiadający dostęp do internetu umożliwiający prowadzenie elektronicznej dokumentacji realizacji Programu w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki.

Świadczeniodawca, który nie zatrudnia eksperta w dziedzinie mammografii zobowiązany jest zapewnić podwójny odczyt zdjęcia.

W pierwszej kolejności kontraktowane są świadczenia w pracowniach udzielających świadczeń w trybie stacjonarnym.

W przypadku braku zabezpieczenia dostępności do świadczeń w etapie podstawowym w trybie stacjonarnym, dopuszcza się na określonym obszarze postępowanie uzupełniające mające na celu zakontraktowanie świadczeń udzielanych przez mammobusy.

W przypadku udzielania świadczeń w mammobusie, konieczne jest zapewnienie wykonywania świadczeń przez personel o wymaganych kwalifikacjach z natychmiastowym odczytem zdjęcia oraz wydaniem wyniku pacjentce.

Stanowisko postojowe mammobusu musi być zaplanowane tak, aby podczas udzielania świadczeń zapewnić świadczeniobiorcom odpowiednie zaplecze socjalne (szatnia, toaleta itp.).

1) KWALIFIKACJE PERSONELU MEDYCZNEGO

a) lekarze (co najmniej 2 lekarzy):

- **lekarz:**
 - specjalizacja w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej,
 - udokumentowane szkolenie w zakresie wykrywania i diagnostyki raka piersi (10 dni),
 - udokumentowane szkolenie w zakresie interpretacji mammografii skriningowej i diagnostycznej (1 miesiąc),
 - interpretacja co najmniej 500 mammografii rocznie.
- **docelowo ekspert w dziedzinie mammografii:**
 - specjalizacja w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej,
 - lekarz zajmujący się wyłącznie wykrywaniem i diagnostyką raka piersi,
 - oceniający mammografię skryningową i diagnostyczną,
 - oceniający co najmniej 5 tys. mammografii rocznie,
 - posiadający możliwość weryfikacji wyników,
 - posiadający umiejętność wykonywania badania klinicznego, badania usg oraz procedur inwazyjnych,
 - posiadający znajomość zasad kontroli jakości,

b) technicy elektroradiologii (co najmniej 2 osoby):

* rocznie oznacza ostatnie 12 miesięcy

- udokumentowane szkolenie w zakresie mammografii: teoretyczne (co najmniej 3 dni) i praktyczne (co najmniej 2 tygodnie),
- udokumentowane szkolenie w zakresie prowadzenia kontroli jakości,
- wykonywanie co najmniej 20 mammografii tygodniowo,

c) współpraca z fizykiem medycznym lub inżynierem medycznym z zastrzeżeniem § 60 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2005 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej,

d) personel do obsługi skryningu (co najmniej 3 osoby):

- informatyk lub osoba odpowiedzialna za bazę danych,
- osoba odpowiedzialna za oświatę zdrowotną i kampanię promocyjną,
- obsługa sekretariatu i rejestracji.

Dodatkowo na etapie pogłębionej diagnostyki:

- lekarz ze specjalizacją w dziedzinie onkologii klinicznej lub chirurgii onkologicznej,
- lekarz ze specjalizacją w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej lub inny specjalista z zaświadczeniem o dopuszczeniu do wykonywania określonych badań diagnostycznych (USG piersi),
- zapewnienie współpracy z lekarzem ze specjalizacją w dziedzinie patomorfologii/ pracownią patomorfologii.

2) WYPOSAŻENIE W APARATURĘ

a) mammograf:

- anoda molibdenowa z filtrami molibdenowym (Mo) i rodowym (Rh),
- dwa ogniska lampy nie większe niż 0,1mm i 0,3mm dla odległości SID=60cm,
- generator wysokiej częstotliwości,
- zakres wysokiego napięcia co najmniej 25-31 kV z możliwością zmian co 1 kV,
- automatyczna kontrola ekspozycji (AEC),
- kratki przeciwrozproszeniowe dwóch formatów,
- kasety dwóch formatów z ekranami z ziem rzadkich,
- filmy mammograficzne,
- kamera identyfikacyjna z możliwością zapisu na filmie danych pacjentki i warunków badania,
- wyświetlacz cyfrowy parametrów badania,

warunkiem rankingującym

jest wykonywanie badań mammografem wyprodukowanym nie wcześniej niż 2 lata przed początkiem obowiązywania umowy

b) wywoływarka:

- przeznaczona wyłącznie dla potrzeb mammografii,
- zapewniony stały serwis producenta,
- unifikacja sprzętu w danej pracowni mammograficznej, dotyczy to szczególnie procesów fotochemicznych (wywoływarka, filmy, ekrany, kasety – tego samego producenta),

c) negatoskop:

- dedykowany mammografii,
- jasność powierzchni negatoskopu regulowana w zakresie 3000 – 6000 cd/m²,
- dodatkowo szkło powiększające 4x.

d) wyposażenie do wykonywania testów przez technika:

- sensytometr (powtarzalność naświetlania $\pm 2\%$),
- densytometr (dokładność odczytu $\pm 0,02$ dla gęstości optycznej 1,0; powtarzalność odczytu $\pm 1\%$): preferencje dla densytometrów z możliwością punktowego pomiaru gęstości optycznej w dowolnym miejscu na filmie, z automatycznym odczytem sensytogramu i podłączeniem do komputera,
- fantom do oceny jakości obrazu wykonany z akryliku o grubości 4,5cm, zawierający następujące elementy:
 - klin aluminiowy 10-stopniowy do oceny kontrastu obrazu,
 - 5 elementów niskokontrastowych do oceny widoczności obiektów o progowym kontraście,
 - fantom do wyznaczania rozdzielczości w kierunku prostopadłym i równoległym do osi anoda-katoda,
- wszystkie elementy fantomu powinny być umieszczone tak, aby obszar nad komorą systemu AEC pozostawał pusty,
- dodatkowa płyta fantomowa z akryliku o grubości 2,
- lupa do oceny rozdzielczości obrazu (powiększenie 8x),
- termometr elektroniczny (dokładność wskazań $\pm 0,3^{\circ}\text{C}$, powtarzalność $\pm 0,1^{\circ}\text{C}$).

Dodatkowo na etapie pogłębionej diagnostyki:

- aparat USG spełniający kryteria dla pracowni USG 2 typu w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne,
- sprzęt do wykonywania biopsji cienkoigłowej (BAC) oraz gruboigłowej.

3) WYMAGANIA DOTYCZĄCE KONTROLI JAKOŚCI

prorowadzenie kontroli jakości wg Europejskich zaleceń zapewnienia kontroli jakości w skriningu mammograficznym („European guidelines for quality assurance in mammography screening”) - aktualna edycja, a w szczególności:

- podleganie scentralizowanemu systemowi kontroli jakości,
- dokumentacja prowadzonych podstawowych testów kontroli jakości z 6 m-cy,
- aktualna dokumentacja rocznych testów specjalistycznych,

- wdrożenie systemu powtórnej oceny zdjęć w przypadku, kiedy ośrodek nie zatrudnia eksperta mammograficznego,
- stosowanie się do wszystkich radiologicznych kryteriów jakości obrazu,
- ściśle stosowanie się do zaleceń dotyczących dawek promieniowania.

warunkami rankingującymi są:

- stosowanie wejściowej dawki powierzchniowej promieniowania poniżej 7 mGy,
- wynik testów specjalistycznych – bez uwag
- prowadzenie aktywnego skringingu dla określonej populacji.

Rankingujaco w kryterium dostępność ocenia się spełnienie wymogów zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 126, poz. 985) w zakresie dostępności dla osób niepełnosprawnych ruchowo.

Wzór zgody świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych

Nr telefonu komórkowego:

Nr telefonu stacjonarnego:

Adres e-mail:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonicznego oraz adresu e-mail, otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej oraz poczty elektronicznej informacji medycznych oraz gromadzenie i przetwarzanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie danych przekazanych przez mnie za pomocą wiadomości SMS dla potrzeb realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych.

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

Podpis świadczeniobiorcy

SZCZEGÓŁOWY OPIS ŚWIADCZEŃ I ZASAD ICH UDZIELANIA ORAZ WYMAGANIA WOBEC ŚWIADCZENIODAWCÓW W PROGRAMIE BADAŃ PRENATALNYCH

1. OPIS ŚWIADCZEŃ

Szczegółowe schematy realizacji badań w zależności od wieku ciąży w chwili włączenia do Programu przedstawiają załączniki nr 1-2 do Programu.

1) BADANIA NIEINWAZYJNE:

- a) badanie USG płodu wykonane zgodnie ze standardami Sekcji USG Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego – przewidzianych dla tego badania, pierwsze badanie USG powinno wykonać się pomiędzy 11 a 13 (+6 dni) tygodniem ciąży, kiedy wymiar CRL wynosi 45 – 84 mm, kolejne badanie USG wykonuje się pomiędzy 18 a 23 tygodniem ciąży,
- b) badania biochemiczne (oznaczenia w surowicy krwi):
 - PAPP-A – osoczowe białko ciężowe A,
 - B-hCG – wolna gonadotropina kosmówkowa (podjednostka beta),
 - AFP – alfa fetoproteina,
 - Estriol – wolny estriol,

2) KOMPUTEROWA OCENA RYZYKA wady/choroby płodu na podstawie testów przesiewowych;

3) decyzja o włączeniu pacjentki do dalszych etapów postępowania diagnostycznego (badania inwazyjne w przypadku wyrażenia przez nią zgody),

4) PORADA GENETYCZNA obejmująca m. in. wywiad lekarski z uwzględnieniem wywiadu genetycznego, ocenę i interpretację wyników wykonanych badań oraz decyzję, co dalszego postępowania;

5) PROCEDURY INWAZYJNE w diagnostyce prenatalnej:

- a) biopsja trofoblastu – polega na pobraniu pod kontrolą USG fragmentu kosmówki do badań genetycznych, termin wykonania: od ok. 11 tygodnia ciąży,
- b) amniopunkcja - termin wykonania: ok. 15-22 tydzień ciąży, wykonywana pod kontrolą USG w celu uzyskania płynu owodniowego zawierającego komórki płodu, uzyskany w wyniku zabiegu materiał poddawany jest badaniom biochemicznym i cytogenetycznym,
- c) kordocenteza - wykonywana w wyselekcjonowanych przypadkach, zwykle po 18 tygodniu ciąży, celem zabiegu jest uzyskanie krwi płodu dla przeprowadzenia badań cytogenetycznych;

6) BADANIA GENETYCZNE, które obejmują:

- a) hodowlę komórkową,
- b) wykonywanie preparatów do analizy cytogenetycznej (techniki prążkowe),
- c) analizę mikroskopową chromosomów,
- d) analizę FISH (hybrydyzacja in situ z wykorzystaniem fluorescencji),
- e) analizę DNA w przypadkach chorób monogenicznych,
- f) cytogenetyczne badania molekularne;

2. WYMAGANIA WOBEC OFERENTÓW

Świadczeniodawca zobowiązany jest posiadać dostęp do Internetu umożliwiający prowadzenie elektronicznej dokumentacji realizacji programu w Systemie Informatycznym Monitorowania profilaktyki (SIMP).

Do realizacji Programu przystąpić mogą świadczeniodawcy posiadający doświadczenie w zakresie diagnostyki prenatalnej oraz wyposażeni w aparaturę umożliwiającą wykonanie określonej liczby procedur.

W celu zwiększenia dostępności do świadczeń dopuszcza się odrębne kontraktowanie świadczeń w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz w dziedzinie genetyki lub realizację części świadczeń przez podwykonawcę (dotyczy tylko badań biochemicznych lub genetycznych).

WYMAGANIA W ZAKRESIE KWALIFIKACJI PERSONELU I APARATURY

1) JEDNOSTKI PIONU POŁOŻNICZEGO:

a) w zakresie badań USG – kwalifikacje personelu:

- pracownia wykonująca badania USG powinna posiadać rekomendację Sekcji USG Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego,
- lekarze ze specjalizacją w dziedzinie ginekologii i położnictwa (przynajmniej dwóch) posiadający certyfikaty sekcji USG Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, w tym co najmniej jeden powinien być przeszkolony w zakresie wykonywania ultrasonograficznych badań „genetycznych”,

b) w zakresie badań USG – wymagania sprzętowe:

- aparat ultrasonograficzny wyposażony w dwie głowice: convex przezbrzuszny 3,5 – 5(6) MHz i głowicę przezpochwową 7 – 9(10) MHz, umożliwiające uzyskiwanie powiększeń oglądanego obrazu minimum 75% oraz pomiar odległości w krokach 0,1 mm, umożliwiające także stosowanie techniki kolorowego Dopplera,

c) w zakresie oceny ryzyka wad płodu - komputer wraz z oprogramowaniem umożliwiającym kalkulację ryzyka według FMF (Fetal Medicine Foundation),

d) w zakresie badań biochemicznych:

- możliwość pobierania krwi w celu przeprowadzenia badań określonych w Programie,
- dostępność do laboratorium (może być w ramach umowy podwykonawczej) wykonującego badania określone w Programie,

e) w zakresie diagnostyki inwazyjnej:

- możliwość i umiejętność wykonywania biopsji trofoblastu, amniopunkcji i kordocentezy,
- dostępność do pracowni genetycznej (może być w ramach umowy podwykonawczej) wykonującej badania określone w Programie,

2) JEDNOSTKI PIONU GENETYCZNEGO

a) poradnia genetyczna – kwalifikacje personelu - co najmniej jeden specjalista w dziedzinie genetyki klinicznej.

b) pracownia genetyczna

- **kwalifikacje personelu** - co najmniej jeden specjalista w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej,
- **wyposażenie w sprzęt i aparaturę** - zaplecze techniczne umożliwiające wykonywanie badań:
 - hodowla komórkowa,
 - wykonywanie preparatów do analizy cytogenetycznej (techniki prążkowe),
 - analiza mikroskopowa kariotypu,
 - analiza FISH (hybrydyzacja in situ z wykorzystaniem fluorescencji),
 - badanie DNA w przypadkach chorób monogenicznych,
 - pełne biochemiczne badania płynu owodniowego.

Rankingujaco w kryterium dostępność ocenia się spełnienie wymogów zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 126, poz. 985) w zakresie dostępności dla osób niepełnosprawnych ruchowo.

Wzór zgody Świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych

Nr telefonu komórkowego:

Nr telefonu stacjonarnego:

Adres e-mail:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonicznego oraz adresu e-mail, otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej oraz poczty elektronicznej informacji medycznych oraz gromadzenie i przetwarzanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie danych przekazanych przez mnie za pomocą wiadomości SMS dla potrzeb realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych.

Podpis świadczeniobiorcy

**SZCZEGÓŁOWY OPIS ŚWIADCZEŃ I ZASAD ICH UDZIELANIA, WYMAGANIA WOBEC
ŚWIADCZENIODAWCÓW ORAZ WZÓR KWARTALNEGO SPRAWOZDANIA Z REALIZACJI UMOWY
W PROGRAMIE WCZESNEJ, WIELOSPECJALISTYCZNEJ, KOMPLEKSOWEJ,
SKOORDYNOWANEJ I CIĄGŁEJ POMOCY DZIECKU ZAGROŻONEMU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ
LUB NIEPEŁNOSPRAWNEMU ORAZ JEGO RODZINIE**

1. OPIS ŚWIADCZEŃ

- 1) ustalenie wielospecjalistycznej diagnozy: lekarskiej, psychologicznej, logopedycznej oraz ocena sfery ruchowej dziecka (ocena stanu narządu ruchu i rozwoju ruchowego) i zakwalifikowanie dziecka do realizacji odpowiedniego bonu (zgodnie z opisem programu).
- 2) opracowanie i wdrażanie szczegółowego, wielospecjalistycznego i kompleksowego programu postępowania w sferze psychicznej, ruchowej, społecznej i emocjonalnej rozwoju dziecka, m.in. prowadzenie indywidualnych i grupowych form terapii, socjoterapii oraz rehabilitacji dziecka.
- 3) śledzenie rozwoju dziecka poprzez ponawianie diagnozy oraz dostosowywanie programów terapeutycznych do zmieniających się potrzeb rozwojowych i zdrowotnych dziecka.
- 4) opracowanie i realizowanie psychologicznych programów wsparcia rodziny dziecka niepełnosprawnego.
- 5) opracowanie i realizowanie programów terapeutyczno-edukacyjno-profilaktycznych dla rodzin, m.in. udzielanie rodzicom szczegółowych wskazówek oraz szkolenie w zakresie metod i technik pielęgnacji, opieki, stymulacji rozwoju i usprawniania dziecka w warunkach domowych, a także informacji o systemie usług i zasobach społecznych, które mogą być im przydatne i są dostępne.

2. Definicje i zasady udzielania świadczeń

Porada/konsultacja I typu:

świadczenie obejmujące badanie podmiotowe i przedmiotowe lekarza specjalisty oraz inne świadczenie niezbędne w procesie diagnostyczno-terapeutycznym, w tym ordynację leków, zlecenie świadczeń diagnostycznych, leczniczych i pielęgnacyjnych, kierowanie na konsultacje, do szpitala lub na leczenie uzdrowiskowe, udzielanie pisemnej odpowiedzi lekarzom kierującym na

Załącznik nr 8 do materiałów informacyjnych PRO

konsultacje, wydawanie niezbędnych w procesie leczenia orzeczeń i opinii o stanie zdrowia pacjenta oraz wykonanie 1 lub 2 badań przypisanych do tego typu porady w Katalogu świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych **stanowiącym załącznik nr 4 do materiałów informacyjnych w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne**, których wykonanie lekarz specjalista uznał za niezbędne;

Porada/konsultacja typu II:

świadczenie obejmujące badanie podmiotowe i przedmiotowe lekarza specjalisty i wykonanie trzech lub więcej badań z przypisanych do porady I typu w Katalogu świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych lub badań przypisanych do porady II typu w Katalogu świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych **stanowiącym załącznik nr 4 do materiałów informacyjnych w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne**, których wykonanie lekarz specjalista uznał za niezbędne, wraz z leczeniem i udzielaniem wskazówek co do dalszego sposobu postępowania. Ten typ porady uwzględnia także świadczenie obejmujące pierwszorazowe w danej poradni badanie podmiotowe i przedmiotowe lekarza specjalisty;

Porada/konsultacja typu III:

świadczenie obejmujące badanie podmiotowe i przedmiotowe lekarza specjalisty i wykonanie badań przypisanych do porady III typu określonych w Katalogu świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych, **stanowiącym załącznik nr 4 do materiałów informacyjnych w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne**, których wykonanie lekarz specjalista uznał za niezbędne, wraz z leczeniem i udzielaniem wskazówek co do dalszego sposobu postępowania lub udzielenie świadczenia w warunkach domowych przez lekarza specjalistę;

- Kwalifikacja do określonego typu porady następuje w trakcie porady, w czasie której następuje odnotowanie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy wyników wykonania badań i/ lub zabiegów.
- W przypadku gdy badanie wykonywane jest przez lekarza specjalistę który jednocześnie udziela porady, dowodem zrealizowanego badania jest wpis w dokumentacji medycznej pacjenta
- Dowodem wykonania świadczenia diagnostycznego jest kserokopia wyniku badania lub

Załącznik nr 8 do materiałów informacyjnych PRO

jego odpis/opis zawarty w dokumentacji medycznej chorego oraz faktura lub rachunek pozostający w dokumentacji świadczeniodawcy ze szczegółową specyfikacją sfinansowanych badań. Dowodem wykonania świadczenia terapeutycznego lub zabiegowego jest opis zrealizowanego zabiegu w dokumentacji medycznej pacjenta i/lub w księdze zabiegowej. W przypadku, gdy świadczenie diagnostyczne i/lub terapeutyczne wykonywane jest przez lekarza specjalistę, który jednocześnie udziela porady, dowodem zrealizowanego świadczenia jest wpis w dokumentacji medycznej pacjenta.

- Wydanie skierowania na badanie i/lub zabieg bez potwierdzenia ich wykonania kwalifikuje do rozliczenia porady jako porady I typu.
- W przypadku udzielenia w trakcie jednej wizyty pacjenta świadczeń objętych zakresami porad różnych typów, świadczeniodawca dokonuje kwalifikacji do typu porady – w celu rozliczenia z NFZ - w oparciu o świadczenie o wyższej wycenie punktowej.

Sesja terapii logopedycznej 45 min - 45 – minutowa sesja terapii prowadzonej zgodnie z założeniami opracowanymi dla danego dziecka

Sesja terapii psychologicznej/ruchowej indywidualnej 45 min – 45 – minutowa sesja terapii prowadzonej zgodnie z założeniami opracowanymi dla danego dziecka

Sesja terapii psychologicznej/ruchowej grupowej 45 min – 45 – minutowa sesja terapii prowadzonej zgodnie z założeniami opracowanymi dla grupy dzieci (grupy do 8 osób)

- W przypadku wykonania w jednym dniu więcej niż jednej sesji terapii dla danego dziecka świadczeniodawca wykazuje w rozliczeniu ich rzeczywistą liczbę.

Dzieci przyjmowane są na podstawie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego - podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza specjalisty (z poradni specjalistycznej lub oddziału szpitalnego).

Fundusz nie finansuje terapii zajęciowej z wyłączeniem ergoterapii.

W przypadku posiadania przez świadczeniodawcę umów z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w innych rodzajach świadczeń, dzieciom objętym Programem nie przysługują świadczenia w ramach tych umów tożsame z zakresem opisanym w Programie.

2. WYMAGANIA WOBEC ŚWIADCZENIODAWCÓW

1) KWALIFIKACJE PERSONELU

Stanowisko	Kwalifikacje
Lekarz	psychiatra dziecięcy neurolog dziecięcy lekarz rehabilitacji medycznej pediatra – konsultant lub/i audiolog, okulista lub/i inny specjalista w zależności od potrzeb
Psycholog	psycholog z odpowiednim przygotowaniem* do pracy z małym (0-6) dzieckiem niepełnosprawnym, wskazana specjalizacja z psychologii klinicznej i przygotowanie do pracy z rodziną. W przypadku objęcia opieką dzieci z wadą słuchu: magisterskie studia psychologiczne, specjalizacja: psychologia kliniczna lub rehabilitacyjna, co najmniej 5-letni staż pracy z małym dzieckiem z wadą słuchu (0-6 lat), przygotowanie do pracy z rodziną
Psychoterapeuta	certyfikat psychoterapeuty
Instruktor terapii zajęciowej	dypłom ukończenia odpowiedniego studium, uczelni, oraz przygotowanie* do pracy z małym (0-6) dzieckiem niepełnosprawnym
Logopeda	dypłom odpowiedniej uczelni lub studia podyplomowe, oraz odpowiednie przygotowanie* do pracy z małym (0-6) dzieckiem niepełnosprawnym W przypadku objęcia opieką dzieci z wadą słuchu: absolwenci studiów magisterskich specjalność logopedia, 2-letnie Studia Podyplomowe, oraz przygotowanie do pracy z dzieckiem z wadą słuchu, co najmniej 5-letni staż pracy z dzieckiem z wadą słuchu w wieku (0-6 lat)
Fizjoterapeuta	mgr fizjoterapii, wskazany certyfikat uprawniający do diagnozy i terapii neurorozwojowej, technik fizjoterapii,

* Poprzez odpowiednie przygotowanie do pracy z małym (0-6) dzieckiem niepełnosprawnym rozumie się doświadczenia zawodowe lub odbycie stażu w specjalistycznej placówce. Wskazane jest ukończenie kursów podnoszących kwalifikacje w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi.

2) WARUNKI TECHNICZNO-LOKALOWE:

- ułatwiony dostęp dla osób niepełnosprawnych i wózków dla dzieci.

3) WYPOSAŻENIE W SPRZĘT I APARATURĘ DIAGNOSTYCZNĄ:

Załącznik do zarządzenia Nr 54/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Załącznik nr 8 do materiałów informacyjnych PRO

WYPOSAŻENIE W SPRZĘT I APARATURĘ DIAGNOSTYCZNĄ	
GABINET	UWAGI
Gabinet lekarski	- standardowe wyposażenie gabinetu lekarskiego
Gabinet psychologiczny	- testy psychologiczne, - pomoce terapeutyczne m.in. zabawki i przedmioty służące do diagnozy i terapii różnych sfer rozwoju (np. percepcji zmysłowej, sprawności manualnej, koordynacji wzrokowo-ruchowej i innych sfer), psychoterapii zabawą i socjoterapii
Pracownia psychoterapii	- kamera video i inny sprzęt audiowizualny do prowadzenia psychoedukacji i treningów umiejętności
Gabinet logopedyczny	- lustro, - foteliki i/lub krzesła rehabilitacyjne, - radiomagnetofon, - komputer z oprogramowaniem logopedycznym i edukacyjnym, - zabawki, i obrazki do diagnozowania poziomu rozwoju mowy czynnej i biernej, - gry dydaktyczne, zabawki dźwiękowe - kasety do ćwiczeń słuchowych w przypadku objęcia opieką dzieci z wadą słuchu - sprzęt zalecany, ale nie obligatoryjny: echokorektor
Sale do prowadzenia terapii edukacyjnej, socjoterapii i terapii zajęciowej, terapii zabawą, terapii muzyką (sale do prowadzenia zajęć indywidualnych i grupowych)	- stoliki rehabilitacyjne z regulowaną wysokością i kątem nachylenia blatu, - foteliki i/lub krzesła z regulowaną wysokością, rehabilitacyjne, - komputer wyposażony w programy do terapii funkcji poznawczych, - pomoce terapeutyczne – dostosowane do potrzeb pacjentów, - obrazki, gry i zabawki, drobne pomoce terapeutyczne, - radiomagnetofon, - materace
Sale do usprawniania sfery ruchowej	- materace, - stoły rehabilitacyjne, - lustro kryształowe, kontrolne, - wałki, piłki, kliny, piłkowalki, skrzynie, deski balansowe, - drobne pomoce terapeutyczne, - drabinki przedszkolne, - schodki, ławki, sprzęt do ćwiczeń równoważnych, - pionizator, parapodium i inne (zalecane, ale nie obligatoryjne)
Sale do prowadzenia terapii zaburzeń SI	- specjalistyczny sprzęt do prowadzenia terapii SI, m.in.: <ul style="list-style-type: none"> • maty, • suche baseny rehabilitacyjne, • platformy podwieszane – różnego typu i kształtu, • trampolina, deska balansowa, • rolery, • tunel z obręczy, • bryły z gąbki, • piłki, wałki, kliny, piłkowalki, • drabinki przedszkolne, • wałek rehabilitacyjny pusty w środku, • drobne pomoce terapeutyczne
Fizykoterapia	- wanny, basen, sprzęt do elektroterapii, inne w zależności od potrzeb i możliwości jednostki

Dostęp do badań diagnostycznych w laboratoriach/pracowniach spełniających kryteria określone odrębnymi przepisami prawa.

W przypadku ośrodka sprofilowanego wymagane jest zapewnienie kadry medycznej oraz sprzętu i aparatury właściwej dla leczenia określonej grupy schorzeń.

Rankingujaco w kryterium dostępność ocenia się spełnienie wymogów zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 126, poz. 985) w zakresie dostępności dla osób niepełnosprawnych ruchowo.

Załącznik do zarządzenia Nr 54/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Załącznik nr 8 do materiałów informacyjnych PRO

Pieczęć Świadczeniodawcy

Kwartalne sprawozdanie z realizacji umowy nr

PROGRAM WCZESNEJ, WIELOSPECJALISTYCZNEJ, KOMPLEKSOWEJ, SKOORDYNOWANEJ I CIĄGŁEJ POMOCY DZIECKU ZAGROŻONEMU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ LUB NIEPEŁNOSPRAWNEMU ORAZ JEGO RODZINIE

L.p.		ŚWIADCZENIA W RAMACH BONU A	ŚWIADCZENIA W RAMACH BONU B	ŚWIADCZENIA W RAMACH BONU C	ŚWIADCZENIA W RAMACH BONU D	RAZEM
1	Liczba dzieci objętych bonem					
2	Liczba konsultacji pediatrycznych II typu					
3	Liczba konsultacji pediatrycznych II typu					
4	Liczba konsultacji pediatrycznych III typu					
5	Liczba konsultacji neurologicznych I typu					
6	Liczba konsultacji neurologicznych II typu					
7	Liczba konsultacji neurologicznych III typu					
8	Liczba konsultacji lekarza rehabilitacji medycznej I typu					
9	Liczba konsultacji lekarza rehabilitacji medycznej II typu					
10	Liczba konsultacji lekarza rehabilitacji medycznej III typu					
11	Liczba konsultacji okulistycznych I typu					
12	Liczba konsultacji okulistycznych II typu					
13	Liczba konsultacji okulistycznych III typu					
14	Liczba konsultacji audiologicznych I typu					
15	Liczba konsultacji audiologicznych II typu					
16	Liczba konsultacji audiologicznych III typu					
17	Liczba konsultacji ortopedycznych I typu					
18	Liczba konsultacji ortopedycznych II typu					
19	Liczba konsultacji ortopedycznych III typu					
20	Liczba konsultacji logopedycznych I typu					
21	Liczba konsultacji logopedycznych II typu					
22	Liczba konsultacji logopedycznych III typu					
23	Liczba konsultacji innego specjalisty I typu					
24	Liczba konsultacji innego specjalisty II typu					
25	Liczba konsultacji innego specjalisty III typu					
26	Liczba konsultacji fizjoterapeuty					
27	Liczba konsultacji psychologicznych / psychiatrycznych					
28	Liczba sesji terapii logopedycznej / widzenia					
29	Liczba sesji terapii psychologicznej indywidualnej					
30	Liczba sesji terapii psychologicznej grupowej					
31	Liczba sesji terapii ruchowej indywidualnej					
32	Liczba sesji terapii ruchowej grupowej					

data sporządzenia

pieczęć i podpis świadczeniodawcy

SZCZEGÓLOWY OPIS ŚWIADCZEŃ I ZASAD ICH UDZIELANIA ORAZ WYMAGANIA WOBEC ŚWIADCZENIODAWCÓW W PROGRAMIE PROFILAKTYKI GRUŹLICY

1. OPIS ŚWIADCZEŃ

Etap I realizacji Programu obejmuje:

- 1) wypełnienie ankiety mierzącej poziom ryzyka zachorowania na gruźlicę przez pielęgniarkę rodzinną/środowiskową dla pacjentów z własnej listy świadczeniobiorców (w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki - SIMP);
- 2) edukację zdrowotną w zakresie czynników ryzyka zachorowania na gruźlicę, dróg szerzenia się zakażenia, trybu leczenia;
- 3) wystawienie skierowania do poradni gruźlicy i chorób płuc udzielającej świadczeń w ramach Programu świadczeniobiorcom, którzy uzyskali w ankiecie > 9 punktów oraz przekazanie informacji o tym fakcie lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej wybranemu przez świadczeniobiorcę - o ile świadczeniobiorca dokonał wyboru lekarza poz.

Etap II realizacji Programu obejmuje:

- 1) poradę lekarską obejmującą badanie podmiotowe i przedmiotowe oraz niezbędną diagnostykę w zależności od wskazań medycznych, w szczególności:
 - trzykrotny posiew płwociny;
 - założenie i odczytanie próby tuberkulinowej przez wykwalifikowaną pielęgniarkę,
 - wykonanie RTG klatki piersiowej wraz z opisem;
- 2) w przypadku zgłoszenia się świadczeniobiorcy bez skierowania od pielęgniarki rodzinnej/środowiskowej, kwalifikacja do grupy ryzyka zachorowania na gruźlicę, polegająca na wypełnieniu dla niego ankiety w SIMP następuje w ramach porady; Świadczeniobiorców z grupy najwyższego ryzyka (którzy w ankiecie uzyskali łączną sumę punktów > 9) obejmuje się postępowaniem diagnostycznym, w ramach realizacji II Etapu Programu;
- 3) postawienie diagnozy w kierunku gruźlicy i decyzja, co do dalszego postępowania (skierowanie na leczenie lub na dalszą diagnostykę);
- 4) prowadzenie elektronicznej dokumentacji realizacji Programu w SIMP,
- 5) przekazywanie Wojewódzkiej Przychodni Chorób Płuc i Gruźlicy przez poradnie gruźlicy i chorób płuc danych o świadczeniobiorcach z rozpoznaną przez nie w ramach Programu gruźlicą;
- 6) kwalifikacja i kierowanie świadczeniobiorców na wymienione powyżej badania diagnostyczne odbywa się zależnie od istniejących wskazań z zastrzeżeniem, że w rozliczeniu można każde świadczenie szczegółowe wykazać jeden raz, a porada stanowi cykl zdarzeń.

2. WYMAGANIA WOBEC OFERENTÓW

Świadczeniodawca zobowiązany jest posiadać dostęp do internetu umożliwiający prowadzenie elektronicznej dokumentacji realizacji programu w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki (SIMP).

- 1) dla pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej zgłaszającej się do realizacji I etapu Programu – zawarte w "Informacji o warunkach zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna" na rok 2007, w zakresie wymaganych kwalifikacji oraz wymagań sprzętowych dla pielęgniarki poz;
- 2) dla Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc zgłaszającej się do realizacji II Etapu Programu - zawarte w załączniku 3a do "Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne", w zakresie warunków dotyczących kwalifikacji personelu medycznego i warunków lokalowo-technicznych określonych dla poradni gruźlicy i chorób płuc oraz dla poradni ftyzjatrycznych.

Rankingujaco w kryterium dostępność ocenia się spełnienie wymogów zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 126, poz. 985) w zakresie dostępności dla osób niepełnosprawnych ruchowo.

Wzór zgody Świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych

Nr telefonu komórkowego:

Nr telefonu stacjonarnego:

Adres e-mail:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonicznego oraz adresu e-mail, otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej oraz poczty elektronicznej informacji medycznych oraz gromadzenie i przetwarzanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie danych przekazanych przez mnie za pomocą wiadomości SMS dla potrzeb realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych.

Podpis świadczeniobiorcy

SZCZEGÓŁOWY OPIS ŚWIADCZEŃ I ZASAD ICH UDZIELANIA ORAZ WYMAGANIA WOBEC ŚWIADCZENIODAWCÓW W PROGRAMIE PROFILAKTYKI CHOROÓB ODTYTONIOWYCH – PALENIE JEST ULECZALNE

1. OPIS ŚWIADCZEŃ

Etap podstawowy realizacji Programu obejmuje:

- 1) zarejestrowanie świadczeniobiorcy w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki (SIMP);
- 2) zapoznanie świadczeniobiorcy z założeniami Programu oraz zebranie wywiadu dotyczącego palenia tytoniu (wiek rozpoczęcia palenia, liczba lat palenia, liczba wypalanych papierosów dziennie, liczba prób zaprzestania palenia i czas ich trwania, chęć zaprzestania palenia i wiara w sukces, przeprowadzenie zmodyfikowanego testu oceny wielkości uzależnienia od tytoniu według wzoru określonego w **załączniku nr 1 do Programu**;
- 3) badanie przedmiotowe (masa ciała, wzrost, pomiar ciśnienia tętniczego krwi);
- 4) wpisanie zebranych informacji i wyników badań do SIMP;
- 5) edukację antytytoniową dla palących papierosy i rozmowę podtrzymującą motywację do zaprzestania palenia;
- 6) edukację każdego świadczeniobiorcy dotyczącą skutków zdrowotnych palenia tytoniu (również biernego) a w przypadku kobiet poinformowanie iż palenie tytoniu jest czynnikiem ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy;
- 7) na zakończenie porady każdy pacjent stosownie do statusu do palenia tytoniu otrzymuje materiały edukacyjne;
- 8) zaplanowanie terapii odwykowej dla świadczeniobiorców, którzy wykażą gotowość rzucenia palenia w ciągu najbliższych 30 dni;
- 9) prowadzenie terapii odwykowej zgodnie z opracowanym schematem;
- 10) przekazanie pacjentowi informacji o możliwości skorzystania z porady telefonicznej w wysokospecjalistycznej Poradni Pomocy Palącym oraz zaproponowanie wsparcia leczenia uzależnienia od tytoniu przez specjalistów z ww. Poradni;
- 11) w przypadku braku motywacji do zaprzestania palenia – zidentyfikowanie powodu i uświadomienie zagrożenia chorobami odtyniowymi;
- 12) w przypadku niepowodzenia terapii skierowanie świadczeniobiorców ze średnim i wysokim stopniem motywacji do rzucenia palenia oraz wszystkich palących kobiet w ciąży do etapu specjalistycznego Programu wraz z kopiami ankiet i testów przeprowadzonych u ubezpieczonego.

Porada na etapie specjalistycznym realizacji Programu obejmuje:

- 1) zarejestrowanie świadczeniobiorcy skierowanego przez realizatora etapu podstawowego Programu lub z oddziału szpitalnego oraz osób, które zgłoszą się bez skierowania w SIMP;
- 2) ocenę informacji zebranych o świadczeniobiorcy w etapie podstawowym i ich aktualizacja (ankieta, testy). Przeprowadzenie testu Fagerstroma na podstawie **załącznika nr 2 do Programu** i testu motywacji do zaprzestania palenia według

wzoru określonego w **załączniku nr 3 do Programu**;

- 3) przeprowadzenie wywiadu dotyczącego chorób współistniejących;
- 4) badanie tlenku węgla w wydychanym powietrzu;
- 5) edukację świadczeniobiorców, praktyczne porady dla osób palących tytoń, a w przypadku kobiet poinformowanie iż palenie tytoniu jest czynnikiem ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy;
- 6) ustalenie wskazań i przeciwwskazań do terapii grupowej lub farmakoterapii;
- 7) zaplanowanie schematu leczenia uzależnienia od tytoniu i jego realizacja;
- 8) przekazanie świadczeniobiorcy informacji o możliwości skorzystania z porady telefonicznej w wysokospecjalistycznej Poradni Pomocy Palącym oraz zaproponowanie wsparcia leczenia uzależnienia od tytoniu przez specjalistów z w/w Poradni;
- 9) porada na tym etapie jest jednocześnie poradą wstępną w cyklu farmakoterapii lub poradą kwalifikacyjną do terapii grupowej:
 - a) do terapii grupowej kwalifikowane są osoby z przeciwwskazaniami do farmakoterapii, ze słabszą motywacją i gotowością do zaprzestania palenia, wybierającą psychoterapię,
 - b) do terapii farmakologicznej kwalifikowane są osoby palące, silnie uzależnione od nikotyny, ze schorzeniami, w których kontynuacja palenia stanowi zagrożenie dla życia i zdrowia, m.in. po zawale mięśnia sercowego, z POCHP, po leczeniu raka krtani, bez przeciwwskazań do farmakoterapii,cykl leczenia obejmuje 3 porady obowiązkowe (porada wstępna oraz 2 porady kontrolne – w razie potrzeby mogą być konieczne jeszcze 1-2 porady dodatkowe) i 3 porady kontrolne po 3, 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia,
porada kontrolna po 3, 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia obejmuje:
 - a) wywiad dotyczący zaprzestania palenia i objawów abstynencji,
 - b) badanie masy ciała i ciśnienia krwi,
 - c) badanie tlenku węgla w wydychanym powietrzu,
 - d) edukację pacjenta i wsparcie psychiczne podtrzymujące go w zaprzestaniu palenia;
- 10) w przypadku niepowodzenia leczenia ewentualne skierowanie świadczeniobiorcy do porady na etapie wysokospecjalistycznym wraz z kopią dotychczas zebranej dokumentacji medycznej, w którym przewidziano:
 - a) wstępną poradę – czas trwania 30-40 minut,
 - b) porady kontrolne – czas trwania 15-20 minut,
 - c) porady psychologa czas trwania 30-40 minut,
 - d) terapię grupową – czas trwania 180 min x 11 spotkań.

Porada na etapie wysokospecjalistycznym realizacji Programu obejmuje:

- 1) zarejestrowanie świadczeniobiorcy skierowanego przez realizatora etapu specjalistycznego Programu lub z oddziału szpitalnego oraz osób, które zgłoszą się

- bez skierowania w SIMP;
- 2) ocenę informacji zebranych dotychczas o świadczeniobiorcy i ich aktualizacja (ankieta, testy);
 - 3) ocenę depresji (skala Becka) według wzoru określonego w **załączniku nr 4 do Programu**;
 - 4) ocenę objawów abstynencji, zgodnie z **załącznikiem nr 5 do Programu**;
 - 5) badanie tlenku węgla w wydychanym powietrzu;
 - 6) badanie spirometryczne;
 - 7) edukację świadczeniobiorców, praktyczne porady dla osób palących tytoń a w przypadku kobiet poinformowanie iż palenie tytoniu jest czynnikiem ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy;
 - 8) konsultacje telefoniczne dla świadczeniobiorców mających problemy podczas terapii,
 - 9) zaplanowanie schematu leczenia uzależnienia od tytoniu i jego realizacja:
 - a) do terapii grupowej kwalifikowane są osoby z przeciwwskazaniami do farmakoterapii, ze słabszą motywacją i gotowością do zaprzestania palenia, wybierający psychoterapię,
 - grupa terapeutyczna powinna liczyć 10 – 12 osób,
 - terapia grupowa jest prowadzona przez miesiąc (5 spotkań w 1-szym tygodniu, 3 spotkania w 2-gim tygodniu, 2 spotkania w 3-cim tygodniu i 1 spotkanie po miesiącu od rozpoczęcia terapii); 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 odbywają się po 3, 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia terapii,
- porada kontrolna po 3, 6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia obejmuje:
- a) wywiad dotyczący zaprzestania palenia i objawów abstynencji,
 - b) badanie masy ciała i ciśnienia krwi,
 - c) badanie tlenku węgla w wydychanym powietrzu,
 - d) edukację pacjenta i wsparcie psychiczne podtrzymujące go w zaprzestaniu palenia,
- porada kontrolna po 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia obejmuje:
- a) wywiad dotyczący zaprzestania palenia i objawów abstynencji,
 - b) badanie masy ciała i ciśnienia krwi,
 - c) badanie tlenku węgla w wydychanym powietrzu,
 - d) spirometrię,
 - e) edukację świadczeniobiorcy i wsparcie psychiczne podtrzymujące go w zaprzestaniu palenia,
- b) do terapii farmakologicznej kwalifikowane są osoby palące, silnie uzależnione od nikotyny, ze schorzeniami, w których kontynuacja palenia stanowi zagrożenie dla życia i zdrowia, m.in. po zawale mięśnia sercowego, z POCHP, po leczeniu raka krtani, bez przeciwwskazań do farmakoterapii;

- 10) konsultacje telefoniczne dla osób mających problemy podczas terapii;
- 11) konsultacje dla realizatorów etapu podstawowego i specjalistycznego.

W populacji osób objętych programem w roku 2007 (dotyczy wszystkich etapów) nie mogą znaleźć się osoby leczone w roku 2006.

2. WYMAGANIA WOBEC OFERENTÓW

Świadczeniodawca musi posiadać dostęp do internetu umożliwiający prowadzenie elektronicznej dokumentacji realizacji Programu w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki (SIMP).

Na etapie podstawowym Programu:

1) kwalifikacje personelu:

- a) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej z certyfikatem leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu (ZUT), wydanym przez referencyjne ośrodki leczenia ZUT (Instytut Kardiologii, Instytut Onkologii, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc) lub towarzystwa naukowe (Towarzystwo Naukowe Kardiologów, Towarzystwo Naukowe Onkologów, Towarzystwo Naukowe Pulmonologów),
- b) lekarz ginekolog (dotyczy kobiet w ciąży) z certyfikatem leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu (ZUT), wydanym przez referencyjne ośrodki leczenia ZUT (Instytut Kardiologii, Instytut Onkologii, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc) lub towarzystwa naukowe (Towarzystwo Naukowe Kardiologów, Towarzystwo Naukowe Onkologów, Towarzystwo Naukowe Pulmonologów);

2) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:

- a) aparat do pomiaru ciśnienia krwi,
- b) waga,
- c) lineal;

Na etapie specjalistycznym Programu:

3) kwalifikacje personelu:

- a) lekarz z dowolną specjalizacją i certyfikatem leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu (ZUT), wydanym przez referencyjne ośrodki leczenia ZUT (Instytut Kardiologii, Instytut Onkologii, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc) lub towarzystwa naukowe (Towarzystwo Naukowe Kardiologów, Towarzystwo Naukowe Onkologów, Towarzystwo Naukowe Pulmonologów),

- b) prowadzący psychoterapię – psychoterapeuta lub psychoterapeuta w trakcie szkolenia

Psychoterapeuta - osoba, która posiada zaświadczenie o ukończeniu atestowanego lub rekomendowanego szkolenia w zakresie psychoterapii i może prowadzić psychoterapię; dokumentem potwierdzającym uzyskanie kwalifikacji psychoterapeuty (do czasu wydania odrębnych przepisów określających umiejętności psychoterapeutów) jest certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego lub Polskiego Towarzystwa Psychologicznego,

Psychoterapeuta w trakcie szkolenia - osoba, która może prowadzić psychoterapię wtedy, gdy posiada zaświadczenie o rozpoczęciu atestowanego lub rekomendowanego szkolenia w zakresie psychoterapii od kierownika odpowiedzialnego za szkolenie; specjalista psychoterapii uzależnień lub w trakcie specjalizacji albo instruktor terapii uzależnień,

- c) pielęgniarka/położna przeszkolona w zakresie leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu (Kurs szkoleniowy „Leczenie Zespołu Uzależnienia od Tytoniu”);

4) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:

- a) aparat do pomiaru ciśnienia krwi,
- b) aparat do pomiaru stężenia tlenu w wydechym powietrzu,
- c) waga,
- d) lineal;

Na etapie wysokospecjalistycznym:

5) kwalifikacje personelu:

- a) lekarz specjalista chorób wewnętrznych/chorób płuc/onkolog/kardiolog z certyfikatem leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu (ZUT), wydanym przez referencyjne ośrodki leczenia ZUT (Instytut Kardiologii, Instytut Onkologii, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc) lub towarzystwa naukowe (Towarzystwo Naukowe Kardiologów, Towarzystwo Naukowe Onkologów, Towarzystwo Naukowe Pulmonologów),
- b) prowadzący psychoterapię – psychoterapeuta
- c) pielęgniarka/położna przeszkolona w zakresie leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu (Kurs szkoleniowy „Leczenie Zespołu Uzależnienia od Tytoniu”),

rankingująco

- d) dietetyk;

6) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:

- a) aparat do pomiaru ciśnienia krwi,
- b) spirometr,
- c) aparat do pomiaru stężenia tlenu węgla w wydychanym powietrzu,
- d) waga,
- e) lineal.

Rankingujaco w kryterium dostępność ocenia się spełnienie wymogów zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 126, poz. 985) w zakresie dostępności dla osób niepełnosprawnych ruchowo.

Wzór zgody Świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych

Nr telefonu komórkowego:

Nr telefonu stacjonarnego:

Adres e-mail:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonicznego oraz adresu e-mail, otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej oraz poczty elektronicznej informacji medycznych oraz gromadzenie i przetwarzanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie danych przekazanych przez mnie za pomocą wiadomości SMS dla potrzeb realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych.

Podpis świadczeniobiorcy

SZCZEGÓŁOWY OPIS ŚWIADCZEŃ I ZASAD ICH UDZIELANIA ORAZ WYMAGANIA WOBEC ŚWIADCZENIODAWCÓW W PROGRAMIE WCZESNEGO WYKRYWANIA ZAKAŻEŃ HIV U KOBIET W CIĄŻY

1. OPIS ŚWIADCZEŃ

1) PORADNICTWO OKOŁOTESTOWE Z WYKONANIEM TESTU PŁYTKOWEGO W KIERUNKU ZAKAŻENIA HIV (PO WYRAŻENIU ZGODY PRZEZ ŚWIADCZENIOBIORCĘ)

- a) przeprowadzenie edukacji i poradnictwa okołotestowego, mającego na celu uzasadnienie konieczności wykonania badania, udzielenie wyjaśnień dotyczących zakażenia HIV,
- b) po uzyskaniu zgody pacjentki (odnotowanej w dokumentacji medycznej, potwierdzonej pisemnie przez pacjentkę) wykonanie badania szybkim testem jakościowym III generacji (test płytkowy immunoenzymatyczny) wykrywającym przeciwciała wirusa HIV w pełnej krwi,
- c) w przypadku wyniku wątpliwego lub dodatniego skierowanie ciężarnej do ośrodka referencyjnego - kliniki chorób zakaźnych w danym województwie lub innego przez nią wybranego - w celu wykonania testu potwierdzenia i objęcia jej dalszą opieką,
- d) odnotowanie faktu wykonania badania w karcie przebiegu ciąży,
- e) wypełnienie przez lekarza prowadzącego poradnictwo, anonimowego dla pacjentki, kwestionariusza poradnictwa; wzór kwestionariusza stanowi **Załącznik nr 2** do Programu,
- f) zaproponowanie kobietom biorącym udział w programie, **jednak tylko tym, których wynik był wątpliwy lub dodatni**, wypełnienia dodatkowej ankiety anonimowej; wzór ankiety (oparty na obecnie stosowanym w Instytucie Matki i Dziecka) stanowi **Załącznik nr 1** do Programu,
- g) przesłanie do Krajowego Centrum ds. AIDS, kserokopii formularzy poradnictwa **dotyczących jedynie wyników dodatnich i wątpliwych wraz z dobrowolnie wypełnioną przez kobietę ankietą anonimową** – załączniki nr 1 i 2 do Programu - (w systemie raz na kwartał, do dnia 10, miesiąca rozpoczynającego kolejny kwartał); Ponieważ kwestionariusze te, podobnie jak ankiety będą anonimowe, mogą być wysyłane do Centrum zwykłą pocztą. Powinny być one opatrzone pieczęcią gabinetu oraz pieczęcią i podpisem lekarza przeprowadzającego poradnictwo.

2) PORADNICTWO OKOŁOTESTOWE BEZ BADANIA W KIERUNKU ZAKAŻENIA HIV (Z POWODU BRAKU ZGODY ŚWIADCZENIOBIORCY NA BADANIE)

- a) przeprowadzenie edukacji i poradnictwa okołotestowego, mającego na celu uzasadnienie konieczności wykonania badania, udzielenie wyjaśnień dotyczących zakażenia HIV
- b) odnotowanie braku zgody pacjentki na badanie w dokumentacji medycznej.

Świadczeń udzielanych w ramach programu nie można sumować z poradą w ramach ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, którą zakwalifikowano do II typu jedynie w oparciu o usługę szczegółową polegającą na przeprowadzeniu edukacji.

Zastrzega się prawo wystąpienia Funduszu na wniosek Krajowego Centrum ds. AIDS z prośbą o wypożyczenie innych anonimowych kwestionariuszy poradnictwa, np. dotyczących poradnictwa u kobiet, które nie wyraziły zgody na wykonanie testu.

2. WYMAGANIA WOBEC OFERENTÓW

Świadczeniodawca zobowiązany jest posiadać dostęp do Internetu umożliwiającą prowadzenie elektronicznej dokumentacji realizacji programu w Systemie Informatycznym Monitorowania profilaktyki (SIMP).

- 1) warunki konieczne zawarte w załączniku nr 3a do "Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne", w zakresie warunków dotyczących kwalifikacji personelu medycznego i warunków lokalowo-technicznych określonych dla poradni ginekologiczno – położniczych.
- 2) wymagania dotyczące testów diagnostycznych:
 - a) możliwość wykonania testu z pełnej krwi,
 - b) indywidualny bufor dołączony do testu,
 - c) minimalna czułość testu: 99,9%,
 - d) minimalna specyficzność testu: 99,6%,
 - e) posiadanie atestu kraju producenta,
 - f) posiadanie europejskiego atestu CE,
 - g) szczegółowa instrukcja wykonania testu w języku polskim;

3) Wymagania dotyczące poradnictwa

- a) przeprowadzenie poradnictwa okołotestowego zgodnie z zasadami określonymi w publikacji „Diagnostyka zakażenia HIV. Wskazówki dla osób pracujących w punktach anonimowego testowania” G. Konieczny, A. Lipnicki, A. Piasek, D. Rogowska-Szadkowska, wydanej przez Krajowe Centrum ds. AIDS w roku 2003;

wersja elektroniczna tej publikacji dostępna jest na stronie internetowej Krajowego Centrum ds. AIDS (www.aids.gov.pl) w rubryce *Informacje dla lekarzy*. Bezpośredni link do publikacji to: http://www.aids.gov.pl/files/wiedza/PORADNIK_DORADCY.pdf

- b) wskazane odbycie przez świadczeniodawców szkoleń w zakresie problematyki HIV/AIDS oraz poradnictwa okołotestowego

Rankingujaco w kryterium dostępność ocenia się spełnienie wymogów zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 126, poz. 985) w zakresie dostępności dla osób niepełnosprawnych ruchowo.

Wzór zgody Świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych

Nr telefonu komórkowego:

Nr telefonu stacjonarnego:

Adres e-mail:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonicznego oraz adresu e-mail, otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej oraz poczty elektronicznej informacji medycznych oraz gromadzenie i przetwarzanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie danych przekazanych przez mnie za pomocą wiadomości SMS dla potrzeb realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych.

Podpis świadczeniobiorcy

Załącznik nr 12 do materiałów informacyjnych PRO

SZCZEGÓŁOWY OPIS ŚWIADCZEŃ I ZASAD ICH UDZIELANIA ORAZ WYMAGANIA WOBEC ŚWIADCZENIODAWCÓW W PROGRAMIE WCZESNEJ DIAGNOSTYKI I LECZENIA JASKRY

1. OPIS ŚWIADCZEŃ

1) PORADA NA ETAPIE I OBEJMUJE:

- a) zarejestrowanie świadczeniobiorcy z wprowadzeniem jego danych do Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP),
- b) przeprowadzenie wywiadu i wypełnienie ankiety w SIMP,
- c) edukacja zdrowotna w zakresie profilaktyki i objawów jaskry,
- d) badanie okulistyczne przedniego i tylnego odcinka gałki ocznej z dokładną, stereoskopową oceną tarczy nerwu wzrokowego - przeprowadzone przez lekarza okulistę,
- e) badanie ciśnienia śródgałkowego- metodą tonometrii aplanacyjnej Goldmana lub tonometrii impresyjnej Schotza (zalecane także wykonanie pomiaru centralnej grubości rogówki),
- f) badanie kąta przesączania- gonioskopia przy użyciu trójlustra Goldmana,
- g) decyzja, co do dalszego postępowania (wpisana do SIMP):
 - zalecenie ponownego zgłoszenia się na badanie po 24 miesiącach w przypadku prawidłowego wyniku badania i braku czynników ryzyka,
 - zalecenie ponownego zgłoszenia się na badanie po 12 miesiącach w przypadku zaistnienia czynników ryzyka opisanych w Programie,
 - skierowanie osób z nieprawidłowym wynikiem badania do placówki realizującej II etap Programu.

2) PORADA NA ETAPIE II OBEJMUJE:

- a) zarejestrowanie świadczeniobiorcy skierowanego z Etapu I Programu (z zastrzeżeniem, że czas oczekiwania na poradę nie może być dłuższy niż 30 dni, chyba że świadczeniobiorca poprosi o inny termin),
- b) badanie okulistyczne przedniego i tylnego odcinka gałki ocznej z dokładną, stereoskopową oceną tarczy nerwu wzrokowego - przeprowadzone przez lekarza okulistę,
- c) badanie ciśnienia śródgałkowego- metodą tonometrii aplanacyjnej Goldmana lub tonometrii impresyjnej Schotza (zalecane także wykonanie pomiaru centralnej grubości rogówki),
- d) komputerowe badanie pola widzenia- skringowe, w zakresie 30 stopni obu oczu,
- e) wykonanie jednego z badań diagnostycznych w zakresie skaningowej oftalmoskopii laserowej: HRT lub GDx lub TOPSS lub OCT,
- f) decyzja dotycząca dalszego postępowania (wdrożenie odpowiedniego leczenia w razie potrzeby oraz ewentualne skierowanie do dalszego leczenia) w zależności od wyniku badania potwierdzona pisemnie,

Załącznik nr 12 do materiałów informacyjnych PRO

- g) wraz ze skierowaniem do dalszego leczenia (w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub leczenia szpitalnego) pacjent otrzymuje kopię dokumentacji medycznej sporządzonej w ramach programu – może być wydruk z SIMP .

Schemat postępowania z pacjentem objętym programem

1. badanie okulistyczne przedniego i tylnego odcinka gałki ocznej- prawidłowe

- a) tonometria- prawidłowa- ≤ 21 mmHg
- b) gonioskopia- kąt przesączania otwarty 3^0 lub 4^0 wg Schaffera
- c) kontrola za 24 miesiące

2. badanie okulistyczne przedniego i tylnego odcinka gałki ocznej- prawidłowe

- a) tonometria- prawidłowa- ≤ 21 mmHg
- b) gonioskopia- kąt przesączania otwarty, wąski 1^0 lub 2^0 wg Schaffera
- c) komputerowe badanie pola widzenia- skryning w zakresie 30 stopni
 - c.1. **prawidłowe:**
 - o rozważyć ryzyko zamknięcia kąta przesączania i ewentualnie wykonać irydotomię laserem Nd: YAG;
 - o jeśli ryzyko niskie- kontrola za 12 miesięcy.
 - c.2. **nieprawidłowe:**
 - o rozważyć ryzyko zamknięcia kąta przesączania i ewentualnie wykonać irydotomię laserem Nd: YAG;
 - o powtórzyć badanie w strategii progowej. Jeśli w dwóch kolejnych badaniach wystąpią nieprawidłowości- dalsza specjalistyczna diagnostyka.

3. badanie okulistyczne przedniego i tylnego odcinka gałki ocznej- prawidłowe

- a) tonometria- nieprawidłowa- ≥ 21 mmHg
- b) dalsza diagnostyka w zależności od wyniku gonioskopii i pola widzenia wg punktu 1. lub 2.

4. badanie okulistyczne nieprawidłowe

- **przedniego odcinka gałki ocznej-**
 - o dalsza diagnostyka w kierunku jaskry pierwotnej zamykającego się kąta, wg punktu 2.
 - o lub jaskry wtórnej (zależnie od charakteru stwierdzanych nieprawidłowości)- wg punktu 1., 2. lub 3.
- **tylnego odcinka gałki ocznej**
 - o diagnostyka jaskry pierwotnej lub wtórnej wg punktów 1., 2., lub 3.- ocena stosunku zagłębienia nerwu wzrokowego do średnicy tarczy (c/d), ocena pierścienia nerwowo- siatkówkowego
 - o diagnostyka jaskry pierwotnej lub wtórnej wg punktów 1., 2., lub 3.- ocena stanu siatkówki i jej naczyń.

3) ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

realizacja programu odbywać się będzie zgodnie z harmonogramem określonym dla programu w tym nie mniej niż w jedną sobotę w miesiącu oraz przynajmniej jeden dzień w tygodniu w godzinach popołudniowych, tj. od godz. 14.00 do godz. do 18.00,

Załącznik nr 12 do materiałów informacyjnych PRO

w ramach realizacji II etapu Programu możliwe jest wykonanie i rozliczenie maksymalnie dwóch porad.

2. WYMAGANIA WOBEC OFERENTÓW

Świadczeniodawca zobowiązany jest posiadać dostęp do internetu umożliwiający prowadzenie elektronicznej dokumentacji realizacji Programu w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki (SIMP).

1) Kwalifikacje personelu medycznego

I etap programu:

- a) min 1 lekarz - specjalista w dziedzinie okulistyki

II etap programu

- a) 2 lekarzy okulistów – w tym przynajmniej jeden specjalista w dziedzinie okulistyki,
- b) 1 lekarz okulista przeszkolony w wykonywaniu i interpretacji badań diagnostycznych skaningowych- HRT, GDx, TOPSS, OCT– (ewentualnie współpraca/ umowa podwykonawcza),
- c) technik medyczny lub pielęgniarka lub inny personel medyczny przeszkolony w wykonywaniu komputerowego badania pola widzenia (min. 1 osoba),
- d) personel do obsługi skriningu (min. 1 osoba),.

2) Wyposażenie w aparaturę

Podane przez oferenta warunki muszą być potwierdzone odpowiednimi dokumentami.

I etap programu:

- a) lampa szczelinowa, z filtrem kobaltowym i
 - przystawka do aplanacji Goldmana lub
 - tonometr impresyjny Schotza,
- b) trójlustro Goldmana- do wykonania gonioskopii i ewentualnie badania dna oka,
- c) soczewki Volka 78 lub 90 do stereoskopowego badania dna oka lub wziernik bezpośredni,

rankingująco – pachymetr

II etap programu

- a) lampa szczelinowa, z filtrem kobaltowym i
 - przystawka do aplanacji Goldmana lub
 - tonometr impresyjny Schotza,
- b) trójlustro Goldmana- do wykonania gonioskopii i ewentualnie badania dna oka,
- c) soczewki Volka 78 lub 90 do stereoskopowego badania dna oka lub wziernik bezpośredni,

Załącznik nr 12 do materiałów informacyjnych PRO

- d) perymetr komputerowy – z możliwością wykonania badania pola widzenia w systemie progowym,
- e) sprzęt do specjalistycznych badań diagnostycznych w zakresie skaningowej oftalmoskopii laserowej: HRT lub GDx lub TOPSS lub OCT (lub umowa podwykonawcza na wykonywanie tych badań).

HRT.- Heidelberg Retina Tomograf- laserowy system z konfokalnym skanowaniem do uzyskiwania i analizy trójwymiarowych obrazów tylnego odcinka oka; umożliwia pomiar tarczy nerwu wzrokowego oraz rejestrowanie następujących w niej zmian. Najważniejszym klinicznym zastosowaniem HRT jest diagnoza jaskrowych uszkodzeń tarczy nerwu wzrokowego i monitorowanie progresji zmian jaskrowych.

TOPSS - Topographic Scan System- aparat stosowany podobnie jak HRT do oceny parametrów tarczy nerwu wzrokowego, również oparty w działaniu o skanowanie poszczególnych warstw siatkówki przy użyciu lasera diodowego.

GDx-analizator grubości włókien nerwowych, oparty na skaningowej polarymetrii laserowej; służy do oceny uszkodzeń włókien nerwowych w okolicy tarczy nerwu wzrokowego, co jest wyznacznikiem wczesnych uszkodzeń jaskrowych nerwu wzrokowego, pachymetr ultradźwiękowy lub optyczny-laserowy- do oceny centralnej grubości rogówki- ważne przy pomiarach ciśnienia śródgałkowego.

OCT - Optyczna koherentna tomografia jest jedną z najnowszych metod obrazowania, wykorzystująca skanowanie optyczne. Największe praktyczne zastosowanie ma ta technika w badaniu siatkówki i przylegającego ciała szklistego oraz tarczy nerwu wzrokowego. OCT pozwala na precyzyjną ocenę tarczy nerwu wzrokowego, Skany liniowe przez tarczę nerwu wzrokowego pozwalają na ocenę profilu zagłębienia w dowolnym miejscu oraz ocenę stosunku średnicy zagłębienia do średnicy tarczy. Istotne znaczenie kliniczne ma możliwość uzyskania skanów okrężnych wokół tarczy, których średnicę można dowolnie regulować. Pozwala to na ocenę grubości warstwy włókien nerwowych.

rankingująco – pachymetr

Rankingujaco w kryterium dostępność ocenia się spełnienie wymogów zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 126, poz. 985) w zakresie dostępności dla osób niepełnosprawnych ruchowo.

Załącznik nr 12 do materiałów informacyjnych PRO

Wzór zgody Świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych

Nr telefonu komórkowego:

Nr telefonu stacjonarnego:

Adres e-mail:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonicznego oraz adresu e-mail, otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej oraz poczty elektronicznej informacji medycznych oraz gromadzenie i przetwarzanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie danych przekazanych przez mnie za pomocą wiadomości SMS dla potrzeb realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych.

Podpis świadczeniobiorcy