



**Narodowy Fundusz Zdrowia**  
Centrala w Warszawie  
Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej

Data: 30.11.2023 r.

Znak sprawy: NFZ-DSOZ-DPZ.4012.1.260.2023  
2023.362166.KABA

Adresat:



Dotyczy: udzielenia odpowiedzi w sprawie Petycji nr 1461/23 z dnia 11 listopada 2023 r.

Szanowna Pani

w związku z otrzymaniem Petycji nr 1461/23 dotyczącej wprowadzenia dodatkowych profilaktycznych badań screeningowych oraz zabiegów onkologicznych do poszczególnych zakresów świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia informuję, że zgodnie z ustawowym uprawnieniem Fundusz zawiera umowy ze świadczeniodawcami zgodnie z warunkami zawarcia i realizacji umów ustalonymi przez Prezesa Funduszu.

Odnosząc się całościowo do zagadnień onkologicznych zawartych w Pani petycji przedstawiam, kolejno, szczegółowe informacje o realizacji umów w poszczególnych zakresach świadczeń.

#### **Podstawowa Opieka Zdrowotna**

Świadczenia zakresie profilaktyki onkologicznej w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) podejmowane są przez lekarza poz w trakcie prowadzonego procesu diagnostyki i leczenia świadczeniobiorcy, stosownie do jego stanu zdrowia i problemu zdrowotnego. Lekarz poz zleca niezbędne dla tych celów badania diagnostyczne spośród badań określonych dla poz, wymienionych w wykazie badań diagnostycznych określonych w części IV i IV a załącznika nr 1 do rozporządzenie Ministra Zdrowia [1] (MZ).

W przypadku uprawdopodobnionego postępowaniem diagnostycznym, podejrzenia wystąpienia u świadczeniobiorcy nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego, lekarz poz wydaje świadczeniobiorcy Kartę Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO) celem podjęcia dalszych specjalistycznych świadczeń [2].

Położne poz realizują świadczenia w Programie profilaktyki raka szyjki macicy poprzez pobieranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego oraz prowadzą aktywną edukację pacjentek w zakresie prewencji nowotworów szyjki macicy. Ponadto zarządzeniem Prezesa Funduszu [3] od czerwca 2023 r. w poz nastąpiła realizacja świadczeń lekarza poz, związanych wykonywaniem zalecanego szczepienia przeciw ludzkiemu wirusowemu brodawczaka (HPV) dziewczętom i chłopcom w 12 i 13 roku życia. W realizację tego świadczenia zaangażowane są również, zgodnie z posiadanymi kompetencjami, pielęgniarki poz.

### **Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna**

Świadczenia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) w omawianym zakresie kontraktowane i finansowane są w oparciu o ustawę o świadczeniach [4] oraz rozporządzenie MZ [5]. Szereg świadczeń o których wspomniano w petycji to procedury gwarantowane i są one aktualnie realizowane przez świadczeniodawców.

Art. 32a ustawy o świadczeniach wskazuje, że w przypadku podejrzenia lub stwierdzenia w badaniach nowotworu złośliwego wystawia się kartę DiLO, która jest jednocześnie skierowaniem do diagnostyki i leczenia w trybie tzw. „szybkiej ścieżki” z koniecznością zachowania określonych terminów przeprowadzenia diagnostyki i rozpoczęcia leczenia.

Kartę DiLO może wystawić zarówno lekarz POZ, jak i AOS a także lekarz w ramach leczenia szpitalnego, czy po zakończeniu etapu pogłębionej diagnostyki w programie profilaktyki zdrowotnej.

Badania wymienione w petycji, tj. markery nowotworowe, badania obrazowe (w tym tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny) oraz pozytonowa tomografia emisyjna (PET) są świadczeniami gwarantowanymi i obecnie finansowanymi przez Fundusz, przy czym o zasadności ich wykonania u poszczególnych pacjentów decyduje lekarz prowadzący w zależności od wskazań medycznych.

## **Profilaktyczne programy zdrowotne**

W zakresie profilaktyki onkologicznej realizowane są następujące programy:

Program profilaktyki raka piersi został wprowadzony do świadczeń gwarantowanych od 2009 roku [6]. Przesiewowym badaniem mammograficznym są objęte kobiety w wieku 50-69. Aktualnie od 1 listopada 2023 roku zwiększyła się grupa wiekowa tj. 45-74. Na badanie mammograficzne nie jest wymagane skierowanie.

Badanie wykonuje się raz na 24 miesiące lub co 12 miesięcy u kobiet w wieku od 50 do 69 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia), u których wystąpił rak piersi wśród członków rodziny (u matki, siostry lub córki) lub mutacje w obrębie genów BRCA 1 lub BRCA 2. Od stycznia 2024 roku zostaną zmienione kryteria kwalifikacji do badania, m.in. do programu będą kwalifikowane pacjentki po zakończonym procesie leczenia raka piersi.

Kryteria kwalifikacji:

- badanie wykonuje się co 24 miesiące u kobiet w wieku od 45 do 74 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia);
- badanie wykonuje się co 12 miesięcy u kobiet w wieku od 45 do 74 lat, które po 5 latach od leczenia chirurgicznego raka piersi pozostają w trakcie uzupełniającej hormonoterapii (HT);
- badanie wykonuje się co 12 miesięcy u kobiet w wieku od 45 do 74 lat, które zakończyły leczenie raka piersi i 5-letni proces monitorowania po zakończonym leczeniu.

Wyłączenie z programu:

- objęcie kobiety „Opieką nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi lub raka jajnika” na etapie „Nadzór i badania diagnostyczne” realizowaną w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- objęcie kobiety „Kompleksową opieką onkologiczną nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi” realizowaną w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego lub rehabilitacji leczniczej.

Program profilaktyki raka szyjki macicy został wprowadzony do koszyka świadczeń gwarantowanych od 2009 roku [6]. Przesiewowym badaniem cytologicznym objęte są kobiety w wieku 25-59. Aktualnie od 1 listopada 2023 roku zwiększyła się grupa wiekowa od 25-64 r.ż. Na badanie cytologiczne nie jest wymagane skierowanie.

Badanie cytologiczne w ramach programu można wykonać w każdej poradni ginekologiczno-położniczej oraz wybranych placówkach POZ przez certyfikowaną położną.

Kryteria kwalifikacji badania wykonuje się:

- co 36 miesięcy u kobiet w wieku od 25 do 64 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia);
- co 12 miesięcy u kobiet w wieku od 25 do 64 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia) obciążonych czynnikami ryzyka (zakażonych wirusem HIV, przyjmujących leki immunosupresyjne, zakażonych HPV - typem wysokiego ryzyka).

Wyłączenie z programu:

- rozpoznanie nowotworu złośliwego szyjki macicy;
- po zakończeniu kontroli onkologicznej (decyzję podejmuje lekarz prowadzący leczenie onkologiczne) kobiety spełniające kryteria kwalifikacji do programu ponownie zostają objęte programem.

Program profilaktyki raka jelita grubego został wprowadzony do świadczeń gwarantowanych w 2022 roku [7], wcześniej był realizowany w ramach NSO na podstawie umów z MZ.

Program profilaktyki raka jelita grubego adresowany jest do osób w wieku:

- od 50 do 65 lat,
- lub od 40 do 49 lat, jeśli u najbliższych krewnych pacjenta, rozpoznano nowotwór jelita grubego.

### **Lecznictwo Szpitalne**

Świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego realizowane są oparciu o rozporządzenie MZ [8]. W związku z powyższym Fundusz wdrożył świadczenia:

- profilaktyczne usunięcie jajników redukujące ryzyko raka jajników i jajowodów u nosicielek patogennych mutacji w genach BRCA1/BRCA2,
- profilaktyczna mastektomia.

Wyżej wymienione świadczenia zostały wprowadzone do zarządzenia Prezesa NFZ [9] umożliwiając ich finansowanie i rozliczanie.

### **Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie**

Fundusz finansuje opiekę onkologiczną nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe, która wcześniej (do 31 sierpnia

2022 r.) finansowana była przez Ministra Zdrowia w ramach programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna (NSO).

Założeniem omawianej opieki jest prewencja i wczesne wykrywanie wybranych nowotworów dziedzicznych (rak piersi, rak jajnika, rak jelita grubego, rak błony śluzowej trzonu macicy, siatkówczak, choroba von Hippel–Lindau). W jej ramach odbywa się identyfikacja osób z rodzin wysokiego ryzyka zachorowania na nowotwory dziedziczne oraz objęcie ich specjalistyczną opieką poprzez konsultacje i cykliczne badania diagnostyczne.

Od 1 września 2022 r. finansowanie odbywa się już ze środków Funduszu.

Fundusz dokonał zmian w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej poprzez wprowadzenie nowych świadczeń gwarantowanych. Zmiany były przedmiotem opracowania analitycznego Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Nowe świadczenia gwarantowane wprowadzono rozporządzeniem MZ [10], które weszło w życie w dniu 23 lipca 2022 r.

Następnie, w dniu 1 sierpnia 2022 r., Prezes NFZ wydał zarządzenie wprowadzające zmiany w obowiązującym zarządzeniu Nr 167/2019/DSOZ z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (ze zm.), polegające na dodaniu trzech nowych zakresów świadczeń opieki zdrowotnej, odpowiadających trzem nowym świadczeniom gwarantowanym:

- 1) opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi lub raka jajnika;
- 2) opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego lub raka błony śluzowej trzonu macicy;
- 3) opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na siatkówczaka lub chorobę von Hippel–Lindau (VHL).

Zawarcie z Funduszem nowych umów w trakcie obowiązywania dotychczasowych umów zawartych z MZ, zapewniło świadczeniodawcom możliwość nieprzerwanej realizacji świadczeń na rzecz osób z wysokim ryzykiem zachorowania na dziedzicznie uwarunkowane nowotwory.

Ponadto informujemy, że wszelkie działania dotyczące wprowadzenia przez Fundusz nowych świadczeń opieki zdrowotnej w system ochrony zdrowia wynika m.in. z obowiązujących standardów w danej dziedzinie medycyny, której dotyczą i pozostają poza właściwością merytoryczną Funduszu. Ich wdrażanie w praktykę przez świadczeniodawców zawsze odbywa się wyłącznie na podstawie zawartych z umów zgodnie z aktami prawnymi wydawanymi przez

Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w poszczególnych zakresach oraz rekomendacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Są one ogólnie dostępne na stronach MZ, AOTMiT oraz NFZ.

W celu umożliwienia Pani uzyskania dodatkowych informacji, dotyczących obszaru zainteresowania wskazanego w petycji, zostanie ona, zgodnie z art. 6 ustawy o petycjach [11], przekazana do Ministerstwa Zdrowia.

## Załączniki

1. Petycja 1461/23 z dnia 11 listopada 2023 r.

## Podstawa prawna

- [1] rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (tj. Dz.U. z 2023 r. poz. 1427).
- [2] zarządzenie nr 79/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (z późn. zm.)
- [3] zarządzenie nr 78/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 maja 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.
- [4] ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.).
- [5] rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 357 z późn. zm.).
- [6] rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz.U z 2009 r., poz. 1148).
- [7] rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. 2022 r. poz. 1366).
- [8] rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 870 z późn. zm.)
- [9] zarządzenia Nr 1/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenie wysokospecjalistyczne (z późn. zm.)
- [10] rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 lipca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2022 r, poz. 1542)
- [11] ustawa z dnia 13 kwietnia 2018 r. o petycjach (Dz. U. 2018 r. poz. 870, tj.).

## Do wiadomości

Minister Zdrowia

Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952

Z poważaniem

Anna Miszczak

Dyrektor Departamentu

Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej

/Dokument podpisany elektronicznie/