NFZ

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

SZCZEGÓŁOWE MATERIAŁY INFORMACYJNE

O PRZEDMIOCIE POSTĘPOWANIA W SPRAWIE

ZAWIERANIA UMÓW

O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH UBEZPIECZONYM

W

NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA

w 2004 ROKU

w rodzaju świadczeń zdrowotnych

PROGRAMY PROFILAKTYCZNE I PROMOCJA ZDROWIA

w zakresie świadczeń zdrowotnych

„Populacyjny program wykrywania raka piersi

metodą mammografii przesiewowej w Polsce 2004”

1. PRZEDMIOT POSTĘPOWANA

1. Przedmiotem postępowania jest udzielanie świadczeń w rodzaju programy profilaktyczne i promocja zdrowia, w zakresie „Populacyjny program wykrywania raka piersi metodą mammografii przesiewowej w Polsce 2004”, przez świadczeniodawców, którzy mają w swojej strukturze zakłady/pracownie/poradnie/oddziały wykonujące badania mammograficzne.
2. Świadczenia będą udzielane w trybie ambulatoryjnym.
3. Opis Programu stanowi **Załącznik nr 1** do niniejszych materiałów informacyjnych.

2. ZAKRES ŚWIADCZEŃ BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM POSTĘPOWANIA

1. Zaproszenie ubezpieczonych do udziału w programie poprzez akcję medialną (informacje m.in. w internecie, prasie, radiu, telewizji). Do programu zaprasza się kobiety, które nie miały wykonywanej mammografii w ciągu ostatnich 24 miesięcy.
2. Zarejestrowanie ubezpieczonych zgłaszających się osobiście lub telefonicznie i wyznaczenie terminu badania.
3. Przygotowanie ankiety, którą ubezpieczona wypełnia zgłaszając się na badanie. Wzór ankiety stanowi załącznik nr 2 do niniejszych materiałów informacyjnych.
4. Wykonanie badania mammograficznego: 2 x 2 zdjęcia mammograficzne wraz z opisem dokonanym przez lekarza specjalistę w dziedzinie radiodiagnostyki (nie mogą to być lekarze innych specjalności, którzy zostali tylko przeszkoleni w mammografii).
5. Wypełnienie Karty Badania, której wzór stanowi załącznik nr 3 do niniejszych materiałów.
6. Decyzja dotycząca dalszego postępowania w zależności od wyniku badania potwierdzona pisemnie (w przypadku prawidłowego wyniku badania wystarczy wynik).
7. Ubezpieczone z nieprawidłowym wynikiem badania, zostaną skierowane do odpowiedniej placówki specjalistycznej udzielającej świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

3. SYSTEM FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

1. Do finansowania świadczeń w ramach – „Populacyjnego programu wykrywania raka piersi metodą mammografii przesiewowej w Polsce 2004”, stosuje się – określony

w Ogólnych warunkach umów – „System finansowania świadczeń, dla których określono cenę jednostkową”.

2. Jednostką rozliczeniową dla kontraktowanych przez Fundusz świadczeń w tym zakresie jest „Porada w populacyjnym programie wykrywania raka piersi metodą mammografii przesiewowej w Polsce 2004”.
3. Ceną jednostkową jest cena za „Poradę w populacyjnym programie wykrywania raka piersi metodą mammografii przesiewowej w Polsce 2004”.
4. Kwota zobowiązania w umowie stanowi iloczyn ceny jednostkowej i liczby porad.
5. Rozliczenie następuje narastająco w czasie trwania umowy przy założeniu, że okresem sprawozdawczym jest 1 miesiąc kalendarzowy.
6. Świadczeniodawca wykazuje poradę w rozliczeniu dotyczącym miesiąca, w którym wykonano ostatni z elementów wchodzących w jej skład.
7. Wraz z ogłoszeniem postępowania na realizację programu Narodowy Fundusz Zdrowia określi ceny maksymalne świadczeń.
8. W cenę jednostkową wliczony jest koszt ewentualnego powtórzenia badania z powodów technicznych.

4. WYMAGANIA SZCZEGÓLNE DLA OFERENTÓW PRZYSTĘPUJĄCYCH DO POSTĘPOWANIA POPRZEDZAJĄCEGO ZAWARCIE UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE POPULACYJNEGO PROGRAMU WYKRYWANIA RAKA PIERSI METODĄ MAMMOGRAFII PRZESIEWOWEJ W POLSCE 2004

Świadczeniodawcy przystępujący do postępowania muszą spełniać wymagania określone w obowiązujących przepisach, w szczególności w:

1. rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 74, poz. 366, z późń. zm.) – w odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej;
2. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 marca 2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia, urządzenia i sprzęt medyczny, służące wykonywaniu indywidualnej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej i grupowej praktyki lekarskiej (Dz. U. Nr 20, poz. 254) – w odniesieniu do praktyk lekarskich;

3. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2003 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z aparatami rentgenowskimi o energii promieniowania do 300 keV stosowanymi w celach medycznych (Dz. U. Nr 173, poz. 1681);
4. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 grudnia 2002 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizujacego w celach medycznych oraz sposobu wykonywania kontroli wewnętrznej nad przestrzeganiem tych warunków (Dz. U. Nr 241, poz. 2098).

KWALIFIKACJE PERSONELU MEDYCZNEGO

Personel medyczny przeszkolony w zakresie mammografii:

1. 2 lekarzy radiologów – co najmniej I^{o} specjalizacji przeszkolonych w mammografii skriningowej,
2. 1 lekarz onkolog – (ewentualnie współpraca),
3. 1 lekarz patolog - co najmniej II° specjalizacji (ewentualnie współpraca),
4. 2 techników medycznych przeszkolonych w mammografii skriningowej,
5. 2 osoby do obsługi skriningu.

WYPOSAŻENIE W APARATURĘ

Podane przez oferenta warunki muszą być potwierdzone odpowiednimi dokumentami.

Mammograf

1. Lampa rentgenowska:

Anoda molibdenowa Mo z filtrami molibdenowym Mo i rodowym Rh

Dwa ogniska lampy 0,1 i 0,3 mm dla odległości SID = 60 cm

Całkowita pojemność cieplna lampy 300.000 HU (jednostek cieplnych).

2. Generator wysokiej częstotliwości powyżej 25 MHz

Wysokie napięcie 22-34 kV ze skokiem co 1 kV.

3. Automatyczna kontrola ekspozycji (AEC).

4. Kratka przeciwrozproszeniowa.

5. Kasety dwóch formatów z ekranami z ziem rzadkich.

6. Wyświetlacz cyfrowy parametrów badania.

7. Pożądana przystawka do zapisu na filmie danych pacjentki i warunków badania.

8. Duża wytrzymałość konstrukcyjna do 100 badań dziennie.

Wywoływarka automatyczna

1. Preferowany automat do pracy przy świetle dziennym (Day Light System) przeznaczony wyłącznie dla potrzeb mammografii.
2. Wydajność 250 filmów dziennie.
3. Automatycznie mieszadło odczynników oraz filtry wodne.
4. Zapewniony stały serwis producenta.

Negatoskop

1. Wyłącznie dla potrzeb mammografii.
2. Wyposażenie dodatkowe; 4 żaluzje, szkło powiększające 2x i 4x śred. 120 mm.
3. Widmo źródła światła zgodne z widmem światła naturalnego.
4. Gęstość oświetlenia nie mniej niż 6500 kandeli na m^2 .

Aparatura do kontroli jakości (poziom podstawowy)

1. Sensytometr.
2. Densytometr z automatycznym odczytem i wejście na system komputerowy.
3. Fantom blokowy i płytowy.
4. Miernik kompresji.
5. Termometr cyfrowy.
6. Płyta do oceny przylegania filmu do ekranu.
7. Płyny do czyszczenia ekranów, filmy, instrukcja, dokumentacja, formularze.

Udokumentowana działalność pracowni mammograficznych.

1. Roczna liczba badań nie mniejsza niż 3000 badań rocznie.
2. Przeszkoleni technicy w zakresie wykonywania podstawowych testów kontroli jakości.
3. Dokumentacja prowadzonych podstawowych testów kontroli jakości mammografów.
4. Dokumentacja rocznych testów specjalistycznych wykonanych przez fizyka medycznego.
5. Średnia dawka gruczołowa dla standardowej piersi nie większa niż 2 mGy na 1 ekspozycję.
6. Spełnienie przez pracownię kryterium klinicznego, informatycznego i organizacyjnego.
7. Znajomość europejskich zaleceń zapewnienia jakości w skriningu mammograficznym.

Załącznik nr 2

Pieczęć świadczeniodawcy

ANKIETA DLA UBEZPIECZONYCH OBJĘTYCH POPULACYJNYM PROGRAMEM WYKRYWANIA RAKA PIERSI METODĄ MAMMOGRAFII PRZESIEWOWEJ W POLSCE 2004

(Przy wybranych odpowiedziach proszę wpisać krzyżyk)
(Proszę wypełniać drukowanymi literami).

nr ident. Pacjentki.....

1. Nazwisko:..... 2. Imię: .....

3. PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ 4. Data urodzenia: .....

5. Adres zamieszkania: kod poczt. ☐☐ ☐☐☐ 6. Miejscowość: .....

ulica: ..... nr ..... nr m. ..... nr tel. .....

INFORMACJE O STANIE ZDROWIA

1. Pierwsza miesiączka (wiek) ..... Ostatnia miesiączka (wiek) .....

2. Proszę podać, ile razy Pani rodziła?
   1) jeden raz ☐
   2) dwa razy ☐
   3) kilka razy, ile .....
   4) nigdy nie rodziłam ☐

3. Jeśli Pani rodziła, to ile lat miała pani w czasie pierwszego porodu? .....

4.Czy przyjmuje pani preparaty hormonalne?

   1) dawniej: ☐ nie ☐ tak
   2) obecnie: ☐ nie ☐ tak, jakie? .....

5. Czy bada Pani sobie piersi?

   1) ☐ nie
   2) ☐ tak, jak często? ☐ co miesiąc ☐ czasami

6. Czy w ostatnim roku lekarz badał Pani piersi?

   1) ☐ nie ☐ tak

7. Czy u Pani krewnych wystąpił rak piersi? 1) ☐ nie 2) ☐ tak
   Jeśli tak to u kogo?

   a) u matki ☐ przed 50 rokiem życia ☐ po 50 roku życia
   b) u siostry ☐ przed 50 rokiem życia ☐ po 50 roku życia
   c) u innych krewnych (np. babka, ciotka, córka – wymienić) ……..

8. Czy występują u Pani dolegliwości lub zmiany w piersiach?

1) ☐ nie 2) ☐ tak,

a) ☐ ból
b) ☐ guzek, zgrubienie
c) ☐ wciągnięcie brodawki
d) ☐ wyciek z brodawki
e) ☐ zmiany na skórze piersi (np. blizny)
f) ☐ tzw. mastopatia
g) ☐ inne objawy – jakie?(proszę opisać)
……

9. Czy miała Pani kiedykolwiek wykonywaną mammografię? 1) ☐ nie 2) ☐ tak

Jeśli tak, kiedy była ostatnia (rok)?..... Ile było wszystkich mammografii

Wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych do ośrodka skriningowego, i do Zamawiającego celem rozliczenia wykonania kontraktu na przeprowadzenie skriningu.

Podpis ubezpieczonej .....

Pieczęć świadczeniodawcy

Załącznik nr 3

POPULACYJNY PROGRAM WYKRYWANIA RAKA PIERSI METODĄ MAMMOGRAFII PRZESIEWOWEJ W POLSCE 2004

KARTA BADANIA MAMMOGRAFICZNEGO

Nr identyfikacyjny pacjentki: …… Data: ……

Nazwisko: ……. Imię: ……

1. Ocena techniczna: badanie a) ☐ dobre b) ☐ do powtórzenia
2. Projekcje: a) ☐ skosy b) ☐ cc
3. Utkanie piersi:
   a) tłuszczowe ☐
   b) tłuszczowo - gruczołowe ☐
   c) gruczołowo – tłuszczowe ☐
   d) gruczołowe ☐
4. Wynik:
   1) norma (bez wezwania) ☐
   2) zmiana łagodna ☐
   3) zmiana prawdopodobnie łagodna (wezwanie) ☐
   4) zmiana podejrzana (wezwanie) ☐
   5) zmiana złośliwa (wezwanie) ☐
5. Zalecenia:
   1) kontrolne badanie mammograficzne za dwa lata ☐
   2) kontrolne badanie mammograficzne za 1 rok ☐
   3) wskazana dalsza diagnostyka ☐
   4) wskazana dalsza diagnostyka i konsultacja onkologiczna ☐

Podpis i pieczątka lekarza wykonującego badanie