Załącznik do zarządzenia Nr 22/2006
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

NFZ

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.

3. 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 86/2005 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 października 2005 r.,
   2) Programie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, stanowiącym załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 86/2005 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 października 2005 r.,
   3) Programie profilaktyki raka szyjki macicy, stanowiącym załącznik nr 3 do Zarządzenia Nr 86/2005 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 października 2005 r.,
   4) Programie profilaktyki raka piersi, stanowiącym załącznik nr 4 do Zarządzenia Nr 86/2005 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 października 2005 r.,
   5) Programie badań prenatalnych, stanowiącym załącznik nr 5 do Zarządzenia Nr 86/2005 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 października 2005 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 do Zarządzenia Nr 102/2005 z dnia 1 grudnia 2005 r.,
   8) Programie profilaktyki chorób odtytoniowych – palenie jest uleczalne, stanowiącym załącznik do Zarządzenia Nr 54/2005 z dnia 30 sierpnia 2005 r.,
   9) Programie wczesnego wykrywania zakażeń HIV u kobiet w ciąży, stanowiącym załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 21/2006 z dnia 18 maja 2006 r.,
   10) Programie wczesnej diagnostyki i leczenia jaskry, stanowiącym załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 21/2006 z dnia 18 maja 2006 r.,

   - zwanych dalej „Programami”.

4. Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne zwane są dalej „świadczeniami”.
5. Zakresy świadczeń, o których mowa w ust 2, są określone w **załączniku nr 1** do materiałów informacyjnych.
6. 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”.
7. Wzór umowy o udzielanie świadczeń, o których mowa w § 1 ust. 2, stanowi **załącznik nr 2** do materiałów informacyjnych.
8. 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 2 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. 2a.

2a. Harmonogram pracy w ramach realizacji Programu wczesnego wykrywania zakażeń HIV u kobiet w ciąży, 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.

3. W czasie realizacji Programu świadczeniodawca zapewnia rejestrację świadczeniobiorców na wyznaczone godziny.
4. Rejestracja świadczeniobiorców może się odbywać osobiście, telefonicznie lub za pośrednictwem osoby trzeciej.
5. Za świadczenia realizowane w ramach Programu świadczeniodawca nie może pobierać opłat od świadczeniobiorców.
6. 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,
   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 sporządza sprawozdanie zawierające informacje, o których mowa w ust. 1, według wzorów określonych odpowiednio dla każdego Programu w **załącznikach nr 3 - 12** do materiałów informacyjnych, i przekazuje je do właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 30 dni po zakończeniu realizacji umowy.

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, wymagania wobec świadczeniodawców oraz wzór końcowego sprawozdania z realizacji umowy w Programie profilaktyki chorób układu krążenia

Załącznik nr 4 – Szczegółowy opis świadczeń i zasad ich udzielania, wymagania wobec świadczeniodawców oraz wzór końcowego sprawozdania z realizacji umowy w Programie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc

Załącznik nr 5 – Szczegółowy opis świadczeń i zasad ich udzielania, wymagania wobec świadczeniodawców oraz wzór końcowego sprawozdania z realizacji umowy w Programie profilaktyki raka szyjki macicy

Załącznik nr 6 – Szczegółowy opis świadczeń i zasad ich udzielania, wymagania wobec świadczeniodawców oraz wzór końcowego sprawozdania z realizacji umowy w Programie profilaktyki raka piersi

Załącznik nr 7 – Szczegółowy opis świadczeń i zasad ich udzielania, wymagania wobec świadczeniodawców oraz wzór końcowego sprawozdania z realizacji umowy w Programie badań prenatalnych

Załącznik nr 8 – Szczegółowy opis świadczeń i zasad ich udzielania, wymagania wobec świadczeniodawców oraz wzór końcowego 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, wymagania wobec świadczeniodawców oraz wzór końcowego sprawozdania z realizacji umowy w Programie profilaktyki gruźlicy

Załącznik nr 10 – Szczegółowy opis świadczeń i zasad ich udzielania, wymagania wobec świadczeniodawców oraz wzór końcowego sprawozdania z realizacji umowy w Programie profilaktyki chorób odtytoniowych – palenie jest uleczalne.

Załącznik nr 11 – Szczegółowy opis świadczeń i zasad ich udzielania, wymagania wobec świadczeniodawców oraz wzór końcowego sprawozdania z realizacji umowy w Programie wczesnego wykrywania zakażeń HIV u kobiet w ciąży.

Załącznik nr 12 – Szczegółowy opis świadczeń i zasad ich udzielania, wymagania wobec świadczeniodawców oraz wzór końcowego sprawozdania z realizacji umowy 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 CHORÓB UKŁADU KRĄŻENIA	5.12.00.0000008	PORADA W PROGRAMIE PROFILAKTYKI CHORÓB UKŁADU KRĄŻENIA	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	2
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 PROFILKTYKI RAKA SZYJKI MACICY	4
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	7
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	5.12.00.0000057	BIOPSJA CIENKOIGŁOWA POD KONTROLĄ USG	15
13	10.0000.157.02	PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI - ETAP POGŁĘBIONEJ DIAGNOSTYKI	5.12.00.0000058	BIOPSJA GRUBOIGŁOWA POD KONTROLĄ USG Z BADANIEM HISTOPATOLOGICZNYM	25
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 - GENETYCZNE	30
20	10.4450.159.02	PROGRAM BADAŃ PRENATALNYCH	5.19.00.0000026	BADANIA CYTOGENTYCZNE 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
24	10.0000.163.02	PROGRAM PROFILAKTYKI CHORÓB ODTYTONIOWYCH - ETAP SPECJALISTYCZNY	5.12.00.0000014	PORADA WSTĘPNA/KONTROLNA NA ETAPIE SPECJALISTYCZNYM	4
25	10.0000.163.02	PROGRAM PROFILAKTYKI CHORÓB ODTYTONIOWYCH - ETAP SPECJALISTYCZNY	5.12.00.0000016	PORADA KOLEJNA W CYKLU LECZENIA FARMAKOLOGICZNEGO	2
26	10.0000.163.02	PROGRAM PROFILAKTYKI CHORÓB ODTYTONIOWYCH - ETAP SPECJALISTYCZNY	5.12.00.0000017	PORADA KONTROLNA W CYKLU TERAPII GRUPOWEJ	2
27	10.0000.163.02	PROGRAM PROFILAKTYKI CHORÓB ODTYTONIOWYCH - ETAP SPECJALISTYCZNY	5.12.00.0000018	SESJA TERAPII INDYWIDUALNEJ	4
28	10.0000.163.02	PROGRAM PROFILAKTYKI CHORÓB ODTYTONIOWYCH - ETAP SPECJALISTYCZNY	5.12.00.0000059	SESJA TERAPII GRUPOWEJ (UDZIAŁ 1 OSOBY)	0,8
29	10.0000.164.02	PROGRAM PROFILAKTYKI CHORÓB ODTYTONIOWYCH - ETAP WYSOKOSPECJALISTYCZNY	5.12.00.0000015	PORADA WSTĘPNA/KONTROLNA NA ETAPIE WYSOKOSPECJALISTYCZNYM	6

L.p.	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	Kod świadczenia	Nazwa świadczenia	Waga punktowa
30	10.0000.164.02	PROGRAM PROFILAKTYKI CHORÓB ODTYTONIOWYCH - ETAP WYSOKOSPECJALISTYCZNY	5.12.00.0000016	PORADA KOLEJNA W CYKLU LECZENIA FARMAKOLOGICZNEGO	**2**
31	10.0000.164.02	PROGRAM PROFILAKTYKI CHORÓB ODTYTONIOWYCH - ETAP WYSOKOSPECJALISTYCZNY	5.12.00.0000017	PORADA KONTROLNA W CYKLU TERAPII GRUPOWEJ	**2**
32	10.0000.164.02	PROGRAM PROFILAKTYKI CHORÓB ODTYTONIOWYCH - ETAP WYSOKOSPECJALISTYCZNY	5.12.00.0000018	SESJA TERAPII INDYWIDUALNEJ	**4**
33	10.0000.164.02	PROGRAM PROFILAKTYKI CHORÓB ODTYTONIOWYCH - ETAP WYSOKOSPECJALISTYCZNY	5.12.00.0000059	SESJA TERAPII GRUPOWEJ (UDZIAŁ 1 OSOBY)	**0,8**
34	10.0010.161.01	PROGRAM PROFILAKTYKI CHORÓB ODTYTONIOWYCH - ETAP PODSTAWOWY	5.12.00.0000020	OBJĘCIE PROGRAMEM PROFILAKTYKI CHORÓB ODTYTONIOWYCH	
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**

L.p.	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	Kod świadczenia	Nazwa świadczenia	Waga punktowa
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**
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**

L.p.	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	Kod świadczenia	Nazwa świadczenia	Waga punktowa
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**
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	5.12.00.0000045	KONSULTACJA PSYCHOLOGICZNA / PSYCHIATRYCZNA	**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	TERAPIA LOGOPEDYCZNA / 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	TERAPIA PSYCHOLOGICZNA INDYWIDUALNA 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	TERAPIA PSYCHOLOGICZNA GRUPOWA 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	TERAPIA RUCHOWA INDYWIDUALNA (FIZJOTERAPIA) 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	TERAPIA RUCHOWA GRUPOWA (FIZJOTERAPIA) 45 MIN (udział 1 osoby)	**1**
66	10.0000.165.02	PUNKT ROZLICZENIOWY W PROGRAMIE PROFILAKTYKI GRUŹLICY	5.12.00.0000009	WYPEŁNIENIE ANKIETY MIERZĄCEJ POZIOM RYZYKA ZACHOROWANIA NA GRUŹLICĘ	**1**
67	10.0000.165.02	PUNKT ROZLICZENIOWY W PROGRAMIE PROFILAKTYKI GRUŹLICY	5.12.00.0000060	PORADA SPECJALISTYCZNA W PROGRAMIE PROFILAKTYKI GRUŹLICY	**10**
68	10.0000.165.02	PUNKT ROZLICZENIOWY W PROGRAMIE PROFILAKTYKI GRUŹLICY	5.12.00.0000011	WYKONANIE RTG KLATKI PIERSIOWEJ Z OPISEM	**10**
69	10.0000.165.02	PUNKT ROZLICZENIOWY W PROGRAMIE PROFILAKTYKI GRUŹLICY	5.12.00.0000012	ZAŁOŻENIE I ODCZYTANIE PRÓBY TUBERKULINOWEJ	**3**
70	10.0000.165.02	PUNKT ROZLICZENIOWY W PROGRAMIE PROFILAKTYKI GRUŹLICY	5.12.00.0000013	TRZYKROTNY POSIEW PLWOCINY	**60**
71	10.1450.166.02	PUNKT ROZLICZENIOWY W PROGRAMIE 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	PUNKT ROZLICZENIOWY W PROGRAMIE 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	PUNKT ROZLICZENIOWY NA ETAPIE I PROGRAMU WCZESNEJ DIAGNOSTYKI I LECZENIA JASKRY	5.12.02.0000001	PORADA NA ETAPIE I PROGRAMU WCZESNEJ DIAGNOSTYKI I LECZENIA JASKRY	**4**

L.p.	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	Kod świadczenia	Nazwa świadczenia	Waga punktowa
74	10.1600.168.02	PUNKT ROZLICZENIOWY NA ETAPIE II PROGRAMU WCZESNEJ DIAGNOSTYKI I LECZENIA JASKRY	5.12.02.0000002	PORADA NA ETAPIE II PROGRAMU WCZESNEJ DIAGNOSTYKI I LECZENIA JASKRY	**7**

10/PRO/2006

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 1.01.2006 r. do dnia 31.12.2006 r. zgodnie z materiałami informacyjnymi określonymi zarządzeniem nr .... Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia ..... r.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2

1. Świadczenia w poszczególnych zakresach są udzielane zgodnie z „Harmonogramem pracy", stanowiącym **załącznik nr 2** do umowy.
2. Świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są przez osoby wymienione w „Wykazie osób udzielających świadczenia", stanowiącym **załącznik nr 3** do umowy.
3. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę

z udziałem podwykonawców wymienionych w „Wykazie podwykonawców udzielających świadczenia na zlecenie Świadczeniodawcy”, 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 1.01.2006 r. do dnia 31.12.2006 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 ..... .

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 dnia …….....……....r.

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 –** Harmonogram pracy;
3) **Załącznik nr 3 do umowy –** Wykaz osób udzielających świadczenia;
4) **Załącznik nr 4 do umowy** – Wykaz podwykonawców udzielających świadczenia na zlecenie Świadczeniodawcy.

załącznik nr 2 do umowy PRO

HARMONOGRAM PRACY

(dotyczy realizacji programu ….

numer umowy:

godziny pracy

KOD komórki organizacyjnej	NAZWA komórki organizacyjnej	ADRES komórki organizacyjnej (wypełnić dla kazdego 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:

załącznik nr 1 do umowy PRO
nr pierwotny umowy:
OW NFZ

kod świadczeniodawcy
ŚWIADCZENIODAWCA

umowa nr:

Plan rzeczowo-finansowy

rodzaj świadczeń: profilaktyczne programy zdrowotne

lp.	zakres świadczeń	kod zakresu świadczeń	w okresie rozliczeniowym od: ……..….. do …….		
			liczba jednostek rozliczeniowych	cena jedn. rozlicz. (zł)	wartość (zł)
razem zakresy (kwota umowy)					

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem zakresy

razem zakresy	okres sprawozd.	wartość (zł)	okres sprawozd.	wartość (zł)	okres sprawozd.	wartość (zł)	okres sprawozd.	wartość (zł)
	styczeń		luty		marzec		kwiecień	
	maj		czerwiec		lipiec		sierpień	
	wrzesień		październik		listopad		grudzień	

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych
- poszczególne zakresy (odrębnie dla każdego zakresu objetego umową)

kod zakresu	liczba jedn. rozlicz.	wartość (zł)	liczba jedn. rozlicz.	wartość (zł)	liczba jedn. rozlicz.	wartość (zł)	liczba jedn. rozlicz.	wartość (zł)
	styczeń		luty		marzec		kwiecień	
	maj		czerwiec		lipiec		sierpień	
	wrzesień		październik		listopad		grudzień	

Data sporządzenia

Podpis i pieczęć świadczeniodawcy

załącznik nr 3 do umowy PRO

Wykaz osób udzielających świadczenia

(w ramach realizacji Programu ……..)

lp.	kod komórki organizacyjnej	zakres świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu	kwalifikacje	miejsce udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)						uwagi
							poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*
1							od do	od do	od do	od do	od do	od do	
2													
3													
4													
5													

Uwaga*: dotyczy lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych oraz innych osób wykonujących zawody medyczne*

załącznik nr 4 do umowy PRO

Wykaz podwykonawców udzielających świadczenia na zlecenie świadczeniodawcy

(w ramach realizacji Programu ….)

lp.	nazwa podwykonawcy	przedmiot umowy	miejsce udzielania świadczeń	czas obowiązywania umowy
1	*2*	*3*	*4*	*5*
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Załącznik do zarządzenia Nr 22/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Załącznik nr 3 do materiałów informacyjnych PRO

SZCZEGÓŁOWY OPIS ŚWIADCZEŃ I ZASAD ICH UDZIELANIA, WYMAGANIA WOBEC ŚWIADCZENIODAWCÓW ORAZ WZÓR KOŃCOWEGO SPRAWOZDANIA Z REALIZACJI UMOWY W PROGRAMIE PROFILAKTYKI CHORÓB UKŁADU KRĄŻENIA

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 Profilaktycznego, której wzór stanowi **załącznik nr 1 do Programu**,
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, badanie EKG.
4) ustalenie terminu wizyty u lekarza,
5) wpisanie wyników badań do części II Karty Badania Profilaktycznego, której wzór stanowi **załącznik nr 1 do Programu**,
6) przeprowadzenie badania przedmiotowego przez lekarza i ocena poszczególnych czynników ryzyka, wg kryteriów podanych w "Informacji o kryteriach czynników ryzyka chorób układu krążenia", stanowiących **załącznik nr 2** do Programu, dokonanie podziału badanych świadczeniobiorców na cztery grupy, zgodnie z wzorem określonym w **załączniku nr 3** do Programu oraz ocena globalnego ryzyka wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego w przyszłości na podstawie algorytmu SCORE, którego opis stanowi **załącznik nr 4** do Programu, uzyskany wynik zostaje zapisany w części III Karty Badania Profilaktycznego, której wzór stanowi **załącznik nr 1** do Programu,
7) edukacja świadczeniobiorcy: rozmowa, przekazanie materiałów zachęcających do zmiany stylu życia na bardziej sprzyjający zdrowiu,
8) decyzja, 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.

1) KWALIFIKACJE PERSONELU MEDYCZNEGO:

a) lekarz

kwalifikacje 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

a) wyposażenie gabinetu lekarskiego:

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

b) aparat EKG.

Załącznik do zarządzenia Nr 22/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Załącznik nr 3 do materiałów informacyjnych PRO

Pieczęć Świadczeniodawcy

Końcowe sprawozdanie z realizacji umowy nr ……

PROGRAM PROFILAKTYKI CHORÓB UKŁADU KRĄŻENIA

L.p.		**Ogólem**	**35-45 lat**		**46-55 lat**	
			Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
1	Liczba osób w populacji objętej programem *					
2	Liczba świadczeniobiorców którzy zgłosili się do programu					
3	Liczba świadczeniobiorcówz łagodnym ryzykiem choroby					
4	Liczba świadczeniobiorców z umiarkowanym ryzykiem choroby					
5	Liczba świadczeniobiorców z dużym ryzykiem choroby					
6	Liczba świadczeniobiorców z bardzo dużym ryzykiem choroby					
7	Liczba świadczeniobiorców z podwyższonym poziomem ciśnienia					
8	Liczba świadczeniobiorców z podwyższonym poziomem cholesterolu					
9	Liczba świadczeniobiorców z podwyższonym poziomem TG					
10	Liczba świadczeniobiorcówz podwyższonym poziomem glukozy					
11	Liczba świadczeniobiorców palących papierosy					
12	Liczba świadczeniobiorców z nadwagą					
13	Liczba świadczeniobiorców, u których rozpoznano chorobę układu krążenia					
14	Liczba świadczeniobiorców objętych dalszą diagnostyką i leczeniem przez lekarza POZ					
15	Liczba świadczeniobiorców skierowanych na dalszą diagnostykę w trybie ambulatoryjnym					
16	Liczba świadczeniobiorców skierowanych na dalszą diagnostykę w trybie szpitalnym					

* wypełnia oddział wojewódzki NFZ przy opracowywaniu sprawozdania zbiorczego

data sporządzenia pieczęć i podpis świadczeniodawcy

SZCZEGÓŁOWY OPIS ŚWIADCZEŃ I ZASAD ICH UDZIELANIA, WYMAGANIA WOBEC ŚWIADCZENIODAWCÓW ORAZ WZÓR KOŃCOWEGO SPRAWOZDANIA Z REALIZACJI UMOWY W PROGRAMIE PROFILAKTYKI PRZEWLEKŁEJ 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,

b) zapoznanie świadczeniobiorcy z założeniami Programu przez przeszkoloną pielęgniarkę (**Załącznik nr 1 do Programu** – informacja dla pacjenta),

c) przedstawienie świadczeniobiorcy do wypełnienia ankiety określonej w **załączniku nr 2 do Programu**,

d) wykonanie badania spirometrycznego,

e) przeprowadzenie badania fizykalnego i wypełnienie Karty badania lekarskiego, wg wzoru określonego w **załączniku nr 3 do Programu**, przez lekarza,

f) porada antynikotynowa dla palących papierosy zgodnie ze schematem określonym w **załączniku nr 6 do Programu**.

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 4 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,

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 Karcie konsultacji specjalistycznej, której wzór określony jest w **załączniku nr 5 do Programu**, 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

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):

<u>warunki minimalne:</u>

- 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, nie wolno używać wyniku wskaźnika wyrażonego jako procent wielkości należnej,

warunki rankingujące, za które oferent otrzymuje po dwa 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.

Załącznik nr 4 do materiałów informacyjnych PRO

Pieczęć Świadczeniodawcy

Końcowe sprawozdanie z realizacji umowy nr …….

PROGRAM PROFILAKTYKI PRZEWLEKŁEJ OBTURACYJNEJ CHOROBY PŁUC

L.p.		**Ogółem**	**40-50 lat**		**51-65 lat**	
			Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
1	Liczba świadczeniobiorców w populacji objętej programem *					
2	Liczba świadczeniobiorców zaproszonych imiennie do programu					
3	Liczba świadczeniobiorców, którzy zgłosili się do programu					
4	Liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do grupy ryzyka					
5	Liczba świadczeniobiorców z rozpoznaną przewlekłą obturacyjną chorobą płuc w ramach realizacji etapu podstawowego					
6	Liczba świadczeniobiorców skierowanych do etapu badań pogłębionych					
7	Liczba świadczeniobiorców skierowanych do poradni antynikotynowej (poza programem)					
8	Liczba świadczeniobiorców, którzy zgłosili się do etapu badań pogłębionych					
9	Liczba świadczeniobiorców, u których wykonano spirometryczną próbę rozkurczową					
10	Liczba świadczeniobiorców, którzy rzucili palenie w wyniku akcji edukacyjnej programu					
11	Liczba świadczeniobiorców objętych dalszą diagnostyką i leczeniem przez lekarza POZ					
12	Liczba świadczeniobiorców z rozpoznaną przewlekłą obturacyjną chorobą płuc w ramach realizacji etapu badań pogłębionych					
13	Liczba świadczeniobiorców skierowanych na dalszą diagnostykę w trybie ambulatoryjnym					
14	Liczba świadczeniobiorców skierowanych na dalszą diagnostykę w trybie szpitalnym					

* wypełnia oddział wojewódzki NFZ przy opracowywaniu sprawozdania zbiorczego

data sporządzenia pieczęć i podpis świadczeniodawcy

Załącznik do zarządzenia Nr 22/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Załącznik nr 5 do materiałów informacyjnych PRO

SZCZEGÓŁOWY OPIS ŚWIADCZEŃ I ZASAD ICH UDZIELANIA, WYMAGANIA WOBEC ŚWIADCZENIODAWCÓW ORAZ WZÓR KOŃCOWEGO SPRAWOZDANIA Z REALIZACJI UMOWY W PROGRAMIE PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY

1. OPIS ŚWIADCZEŃ

Porada na etapie podstawowym obejmuje:

1) zarejestrowanie kobiety z ustalonej grupy wiekowej, która zgłosi się do Programu,

2) przeprowadzenie badania podmiotowego i wypełnienie ankiety, której wzór stanowi **załącznik nr 1 do Programu**,

3) pobranie materiału do badania przy użyciu jednorazowego wziernika i szczoteczki typu cyto – brush,

4) rozprowadzenie pobranego materiału na całej powierzchni szkiełka podstawowego i jego utrwalenie (cytofix lub alkohol 96%),

5) badanie ginekologiczne,

6) edukacja w zakresie prewencji nowotworu szyjki macicy,

7) wysłanie pobranego materiału wraz z wypełnioną ankietą do pracowni diagnostycznej wyłonionej w drodze postępowania poprzedzającego zawarcie umów na realizację etapu diagnostyki cytologicznej programu,

8) wręczenie przez lekarza 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;

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,

c) skierowanie do odpowiedniej placówki realizującej świadczenia zdrowotne w ramach Etapu pogłębionej diagnostyki Programu, jeżeli konieczna jest weryfikacja wstępnego rozpoznania,

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 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.

Etap pogłębionej diagnostyki:

1) zarejestrowanie (wprowadzenie do bazy danych) 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.

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.

III. WYMAGANIA WOBEC OFERENTÓW

W postępowaniu poprzedzającym zawarcie umów o realizację etapu pogłębionej diagnostyki mogą wziąć udział jedynie świadczeniodawcy zapewniający kompleksową realizację świadczeń, oraz dalszą opiekę nad pacjentką w przypadku rozpoznania CIN i raka szyjki macicy. Przez „zapewnienie dalszej opieki" należy rozumieć objęcie leczeniem lub

zapewnienie/uzgodnienie przyjęcia świadczeniobiorcy w ustalonym terminie do świadczeniodawcy realizującego leczenie specjalistyczne.

1. NA ETAPIE PODSTAWOWYM REALIZACJI PROGRAMU

1) KWALIFIKACJE PERSONELU MEDYCZNEGO

lekarz ze specjalizacją w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

2) SPRZĘT

a) jednorazowy wziernik i szczoteczka typu cyto – brush,

b) 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.

2) SPRZĘT

warunki minimalne

mikroskopy wysokiej jakości,

warunki rankingujące

urządzenia do automatycznego barwienia preparatów cytologicznych i nakrywania szkiełek (dodatkowe 2 punkty w ocenie oferty w kryterium jakość);

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 Papanicolau)**. 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 egz. dla poradni, która przysłała materiał do badania (w celu przekazania pacjentce), drugi egz. pozostaje w zakładzie/pracowni wykonującej badanie. Pozostałe wyniki: 1 egz. 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.

Pieczęć Świadczeniodawcy

Końcowe sprawozdanie z realizacji umowy nr …….

PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY

L.p.		Liczba kobiet ogółem	Podział wg grup wiekowych		
			25-39 lat	40-49 lat	50-59 lat
Etap podstawowy					
1	Liczba kobiet w populacji objętej programem *				
2	Liczba kobiet zaproszonych imiennie do udziału w programie				
3	Liczba kobiet, które zgłosiły się do programu				
4	Liczba kobiet, którre zostały poinformowane przez lekarza POZ o koniecznosci wykonania badania cytologicznego				
5	Liczba kobiet, którym zalecono ponowne zgłoszenie się po 12 miesiącach				
6	Liczba kobiet skierowanych do etapu pogłębionej diagnostyki				
Etap diagnostyczny					
7	Liczba wykonanych badań cytologicznych				
8	Liczba kobiet z prawidłowym wynikiem badania cytologicznego				
9	Liczba kobiet, u których wykryto zmiany o charakterze dysplazji co najmniej średniego stopnia				
10	Liczba kobiet z rozpoznaniem stanu przedrakowego				
Etap pogłębionej diagnostyki					
11	Liczba kobiet z rozpoznaniem raka nieinwazyjnego szyjki macicy				
12	Liczba kobiet z rozpoznaniem raka inwazyjnego szyjki macicy				

* wypełnia oddział wojewódzki NFZ przy opracowywaniu sprawozdania zbiorczego

data sporządzenia pieczęć i podpis świadczeniodawcy

SZCZEGÓŁOWY OPIS ŚWIADCZEŃ I ZASAD ICH UDZIELANIA, WYMAGANIA WOBEC ŚWIADCZENIODAWCÓW ORAZ WZÓR KOŃCOWEGO SPRAWOZDANIA Z REALIZACJI UMOWY W PROGRAMIE PROFILAKTYKI RAKA PIERSI

1. OPIS ŚWIADCZEŃ

Na etapie podstawowym:

1) porada profilaktyczna w ramach realizacji etapu podstawowego Programu obejmuje:

a) przeprowadzenie wywiadu i wypełnienie ankiety, której wzór określony jest w **załączniku nr 1 do Programu**,

b) badanie mammograficzne : 2 x 2 zdjęcia mammograficzne wraz z opisem dokonanym przez lekarza specjalistę w dziedzinie radiodiagnostyki,

c) sporządzenie Karty badania mammograficznego w formie pisemnej i elektronicznej zgodnie z wzorem określonym w **załączniku nr 2 do Programu**,

d) decyzja dotycząca dalszego postępowania w zależności od wyniku badania potwierdzona pisemnie zgodnie z wzorem określonym w **załączniku nr 3 do Programu**, powyższy dokument powinien zostać sporządzony w dwóch egzemplarzach: jeden otrzymuje pacjentka, drugi pozostaje w dokumentacji świadczeniodawcy,

- 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 Karcie badań dodatkowych, której wzór określony jest w **załączniku nr 4 do Programu**,

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 USG z badaniem histopatologicznym pobranego materiału w przypadku nieprawidłowości stwierdzonych w badaniu 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) prowadzenia elektronicznej i pisemnej bazy danych badanych kobiet i wyników badań,
7) zgłaszania 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 etapu podstawowego Programu mogą wziąć udział jedynie świadczeniodawcy zapewniający kompleksową realizację świadczenia, wykonujący minimum 1000 badań rocznie.

W postępowaniu poprzedzającym zawarcie umów na realizację etapu pogłębionej diagnostyki Programu mogą wziąć udział jedynie świadczeniodawcy zapewniający kompleksową realizację świadczeń przewidzianych na tym etapie oraz dalszą opiekę nad pacjentką w przypadku rozpoznania raka piersi. Przez „zapewnienie dalszej opieki" należy rozumieć objęcie leczeniem lub zapewnienie/uzgodnienie przyjęcia świadczeniobiorcy w ustalonym terminie do świadczeniodawcy realizującego leczenie specjalistyczne.

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

1) KWALIFIKACJE PERSONELU MEDYCZNEGO

a) lekarze (co najmniej 2):

- **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):

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,

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/m^2,
dodatkowo szkło powiększające 4x.

d) wyposażenie do wykonywania testów przez technika:

sensytometr (powtarzalność naświetlania ± 2%),
densytometr (dokładność odczytu ± 0,02 dla gęstości optycznej 1,0; powtarzalność odczytu ± 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 ceny rozdzielczości obrazu (powiększenie 8x),

termometr elektroniczny (dokładność wskazań ± 0,3^{o}C, powtarzalność ± 0,1^{o}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

prowadzenie 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,
- ścisłe stosowanie się do zaleceń dotyczących dawek promieniowania.

Pieczęć Świadczeniodawcy

Końcowe sprawozdanie z realizacji umowy nr …….

PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI

L.p.		**Ogółem**
1	Liczba kobiet w populacji objętej programem*	
2	Liczba kobiet zaproszonych imiennie do udziału w programie	
3	Liczba kobiet, które zgłosiły się do programu	
4	Liczba kobiet, u których wykonano badanie mammograficzne	
5	Liczba badań wymagających powtórzenia ze względu na błędy techniczne	
6	Liczba kobiet z prawidłowym wynikiem badania, którym zalecono ponowne badanie po 24 miesiącach	
7	Liczba kobiet z prawidłowym wynikiem badania, którym zalecono ponowne badanie po 12 miesiącach	
8	Liczba kobiet z nieprawidłowym wynikiem badania mammograficznego	
9	Liczba kobiet którym udzielono porady z badaniem USG	
10	Liczba kobiet z prawidłowym wynikiem badania USG	
11	Liczba kobiet u których wykonano biopsję cienkoigłową	
12	Liczba kobiet u których wykonano biopsję gruboigłową	
13	Liczba kobiet, u których rozpoznano raka piersi	

* wypełnia oddział wojewódzki NFZ przy opracowywaniu sprawozdania zbiorczego

data sporządzenia pieczęć i podpis świadczeniodawcy

Załącznik do zarządzenia Nr 22/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Załącznik nr 7 do materiałów informacyjnych PRO

SZCZEGÓŁOWY OPIS ŚWIADCZEŃ I ZASAD ICH UDZIELANIA, WYMAGANIA WOBEC ŚWIADCZENIODAWCÓW ORAZ WZÓR KOŃCOWEGO SPRAWOZDANIA Z REALIZACJI UMOWY 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 ultrasonograficznego badania genetycznego, 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 ciążowe 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 kontrola USG fragmentu kosmówki do badań genetycznych, termin wykonania: od 11 tygodnia ciąży,

b) amniopunkcja - termin wykonania: 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

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.

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,
- zatrudniać powinna przynajmniej dwóch lekarzy ginekologów posiadających 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, umożliwiający uzyskiwanie powiększeń oglądanego obrazu minimum 75% oraz pomiar odległości w krokach 0,1 mm, umożliwiający 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,
- w przypadku braku zapewnienia wykonania badań cytogenetycznych, oferent nie musi zabezpieczyć pobrania materiału do badań.

2) JEDNOSTKI PIONU GENETYCZNEGO

a) poradnia genetyczna, zatrudniająca co najmniej jednego specjalistę w dziedzinie genetyki klinicznej.

b) pracownia genetyczna, zatrudniająca co najmniej jednego specjalistę w dziedzinie genetyki klinicznej z zapleczem technicznym umożliwiającym 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.

c) wskazana możliwość i umiejętność pobierania materiału do badań cytogenetycznych (wykonywania biopsji trofoblastu / amniopunkcji / kordocentezy) w przypadku obejmowania opieką w ramach Programu kobiet skierowanych przez świadczeniodawców pionu położniczego niezapewniających tych badań.

Pieczęć Świadczeniodawcy

Końcowe sprawozdanie z realizacji umowy nr …….

PROGRAM BADAŃ PRENATALNYCH

L.p.		**Ogółem**
1	Liczba kobiet skierowanych do programu	
2	Liczba kobiet objętych programem	
3	Liczba kobiet z potwierdzeniem choroby płodu	
4	Liczba kobiet, u których wykonano badanie inwazyjne	

data sporządzenia pieczęć i podpis świadczeniodawcy

Załącznik do zarządzenia Nr 22/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Załącznik nr 8 do materiałów informacyjnych PRO

SZCZEGÓŁOWY OPIS ŚWIADCZEŃ I ZASAD ICH UDZIELANIA, WYMAGANIA WOBEC ŚWIADCZENIODAWCÓW ORAZ WZÓR KOŃCOWEGO 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 związane z ciągłością leczenia (kolejna wizyta u lekarza specjalisty), obejmujące:

- badanie podmiotowe,
- badanie przedmiotowe,
- ordynację leków,

- zlecanie zabiegów diagnostycznych, leczniczych i pielęgnacyjnych,
- wykonanie1-2 badań diagnostycznych z poniższej listy

1. Badania hematologiczne:

1) morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym;
2) płytki krwi;
3) retikulocyty;
4) odczyn opadania krwinek czerwonych (OB).

2. Badania biochemiczne i immunochemiczne w surowicy krwi:

1) sód;
2) potas;
3) wapń całkowity;
4) żelazo;
5) stężenie transferazy;
6) mocznik;
7) kreatynina;
8) glukoza;
9) test obciążenia glukozą;
10) białko całkowite;
11) proteinogram;
12) albuminy;
13) kwas moczowy;
14) cholesterol całkowity;
15) cholesterol-HDL;
16) cholesterol-LDL;
17) triglicerydy (TG);
18) bilirubina całkowita;
19) bilirubina bezpośrednia;
20) fosfataza alkaliczna (ALP);
21) aminotransferaza asparaginianowa (AST);
22) aminotransferaza alaninowa (ALT);
23) gammaglutamylotranspeptydaza (GGT);
24) amylaza;
25) kinaza kreatynowa (CK);
26) fosfataza kwaśna całkowita (ACP);
27) czynnik reumatoidalny (RF);
28) miano antystreptolizyn O (ASO);

29) hormon tyreotropowy (TSH);

30) antygen HBs-AgHBs;

31) VDRL.

3. Badania moczu:

1) ogólne badanie moczu z oceną mikroskopową osadu;

2) ilościowe oznaczanie białka;

3) ilościowe oznaczanie glukozy;

4) ilościowe oznaczanie wapnia;

5) ilościowe oznaczanie amylazy.

4. Badania kału:

1) badanie ogólne;

2) pasożyty;

3) krew utajona - metodą immunochemiczną.

5. Badania układu krzepnięcia:

1) wskaźnik protrombinowy (INR);

2) czas kaolinowo-kefalinowy (APTT);

3) fibrynogen.

- kierowanie na konsultacje, do szpitala i na leczenie uzdrowiskowe,
- udzielanie pisemnej odpowiedzi lekarzom kierującym na konsultacje,
- wydawanie niezbędnych w procesie leczenia orzeczeń i opinii o stanie zdrowia pacjenta.

Porada/konsultacja typu II:

świadczenie obejmujące badanie podmiotowe i przedmiotowe lekarza specjalisty z wykonanymi badaniami diagnostycznymi z poniższej listy:

1. Badania mikrobiologiczne:

1) posiew moczu z antybiogramem;

2) posiew wymazu z gardła;

3) ogólny posiew kału w kierunku pałeczek Salmonella; Shigella;

4) białko C-reaktywne (CRP).

2. Badanie elektrokardiograficzne (EKG) w spoczynku.

3. Badanie ultrasonograficzne (USG) jamy brzusznej.

4. Zdjęcia radiologiczne:

1) zdjęcie klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej;

2) zdjęcia kostne - w przypadku kręgosłupa; kończyn i miednicy w projekcji AP i bocznej;

3) zdjęcie czaszki i zatok w projekcji AP i bocznej;

4) zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej,

5. Inne:

porada II typu - wartość punktowa 4 pkt		
badania laboratoryjne	**badania obrazowe**	**pozostałe badania i procedury**
TIBC	USG moszny / jąder, najądrzy /	Edukacja i opracowanie diety diagnostyczno- leczniczej
GGTP	USG sutków	Pomiary antropometryczne
CEA (antygen karcinoembrionalny)	Densytometria nasady kości przedramienia/kości piętowej	Iniekcja środka farmakologicznego ze wskazań nagłych
LDH	USG szyi (tarczycy, przytarczyc, ślinianek, układu chłonnego szyi)	Przetoczenie płynow/lekow nie uwzględnione w innych katalogach
Badania hormonalne	USG przezciemiączkowe	Przetoczenie płynow/lekow nie uwzględnione w innych katalogach
Badanie w kierunku Toxoplazmozy	RTG kontrastowe przełyku	Badanie dna oka
Ceruloplazmina	RTG stawów biodrowych	Pomiary antropometryczne
kwas mlekowy	USG narządu ruchu / stawów biodrowych, kolanowych /	Próba tuberkulinowa
CPK gospodarka lipidowa,białkowa,weglowodanowa,wapniowo-fosforanowa, inne pierwiastki	RTG specjalne, wykonane wg opisu ortopedy, czynnościowe, warstwowe	dobór soczewek kontaktowych leczniczych przy leczeniu stożka rogówki i przy anizometropii powyżej 3 dioptrii (łącznie z afakią)
Helicobacter pylori- przeciwciała	USG narządu ruchu / stawów biodrowych, kolanowych /	wykonanie 5 zabiegów zmiany opatrunku
Przeciwciała HCV	USG gałek ocznych i oczodołów	Keratometria
Badania mikrobiologiczne i posiewy z antybiogramem	RTG celowany na oczodół	Skrobanie rogówki na rozmaz i posiew
Test HIV	RTG uszu wg Schullera i Stenversa	Refraktometria
Stężenie wit. D3 w surowicy krwi	RTG krtani bezkontrastowe	Gonioskopia
Badania hormonalne	RTG kontrastowe krtani	Tonometria
Kwas wanilinomigdałowy		Przesiewowe badanie słuchu
Równowaga kwasowo - zasadowa		Badanie na synoptoforze
Przeciwciała HBs		Perymetria kinetyczna
Immunoglobuliny (A, D, E, G, M)		Wstrzyknięcie podspojówkowe leku
Stężenie wit. D3 w surowicy krwi		Test Schirmera
Izoenzymy kinazy kreatynowej :CK- BB,CK - MB, CK - MM		Audiometria
Badanie wirusologiczne w kierunku CMV(CMV- IgG ,CMV-IgM)		Tympanometria
Badania w kierunku infekcji TORCH		Aparatowanie narządu słuchu
FT3, FT4		Przedmuchiwanie trąbek słuchowych metodą Politzera - pełny cykl
Miedź (Cu) we krwi / moczu		kateteryzacja trąbek słuchowych
Kwas fenylopirogronowy w moczu		Spirometria
Monitorowanie poziomu leków innych niż wmienione w katalogu		Badanie głosu, badanie mowy,rehabilitacja głosu i mowy
Badania toksykologiczne-inne		Pierwszorazowe badanie podmiotowe i przedmiotowe,ustalenie zasad terapii. Badanie mowy:budowy i sprawności narządów mowy,ocena mówienia,rozumienia ,pisania i czytania,liczenia,odczytywania mowy z ust.
Magnez całkowity w surowicy / moczu		
HVA (kwas homowanilinowy)		
HIV Ag + przeciwciała (metoda enzymatyczna)		
Wymaz z worka spojówkowego		
Badanie zeskrobin z rogówki		
Badanie płynu z komory przedniej lub ciała szklistego		

których wykonanie lekarz specjalista uznał za niezbędne, wraz z leczeniem i udzielaniem wskazówek co do dalszego sposobu postępowania.

Przez II typ porady rozumie się także poradę w ramach której wykonano 3 lub więcej badań z listy zawartej w opisie porady I typu, których wykonanie lekarz specjalista uznał za niezbędne.

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 z wykonanymi badaniami diagnostycznymi, których wykonanie lekarz specjalista uznał za niezbędne (zgodnie z tabelą zamieszczona poniżej),

porada III typu - wartośc punktowa 7 pkt.		
badania laboratoryjne	**badania obrazowe**	**pozostałe badania i procedury**
Autoprzeciwciała dla antygenów narządowych	USG met. Dopplera	EMG
AFP	RTG kontrastowe przewodu pokarmowego	EEG
Porfiryny	Echokardiografia	EMG oraz badanie przewodnictwa w nerwach obwodowych
Badania w kierunku chorób metabolicznych	Scyntygrafia tarczycy	Potencjały wywołane, np. ruchowe, somatosensoryczne
Inne badania genetyczne nie uwzględnione w katalogach	Densytometria kręgosłupa/szyjki kości udowej	wykonanie cyklu 10 sesji ćwiczeń pleoptycznych/ortoptycznych
Specjalistyczne badania kału - w kierunku substancji redukujących		Badanie elektrofizjologiczne narządu wzroku
Badanie kału na obecność niestrawionych resztek pokarmowych		Perymetria statyczna
Tyrozyna		Laserowa oftalmoskopia skaningowa
Karnityna		Skaningowo-laserowe metody obrazowania nerwu wzrokowego i siatkówki (HRT lub GDX lub TopSS lub OCT lub RTA lub fotografia cyfrowa)
Mukopolisacharydy		ERG
Fenyloalanina		Próby obrotowe
Mleczan		Badania elektrofizjologiczne - potencjały wywołane
Biotynidaza		Próby nadprogowe
Aminokwasy w surowicy		Laryngoskopia bezpośrednia
COMBI test		Badanie stroboskopowe
Przeciwciała przeciwjądrowe (ANA)		Videolaryngoskopia
Przeciwciała przeciw kardiolipinie		Videostroboskopia
Markery nowotworowe		

wraz z leczeniem i udzielaniem wskazówek co do dalszego sposobu postępowania. Do tego typu porady zalicza się także wizytę domową lekarza specjalisty.

- Kwalifikacja do określonego typu porady następuje w trakcie porady przy zarejestrowaniu w dokumentacji medycznej dowodów 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

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.

Terapia logopedyczna 45 min - 45 – minutowa sesja terapii prowadzonej zgodnie z założeniami opracowanymi dla danego dziecka

Terapia psychologiczna/ruchowa indywidualna 45 min – 45 – minutowa sesja terapii prowadzonej zgodnie z założeniami opracowanymi dla danego dziecka

Terapia psychologiczna/ruchowa grupowa 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).

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[1] 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	dyplom ukończenia odpowiedniego studium, uczelni, oraz przygotowanie[2] do pracy z małym (0-6) dzieckiem niepełnosprawnym
Logopeda	dyplom odpowiedniej uczelni lub studia podyplomowe, oraz odpowiednie przygotowanie[2] 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,

[1] 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:

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, piłkowałki, 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.: • maty, • suche baseny rehabilitacyjne, • platformy podwieszane – różnego typu i kształtu, • trampolina, deska balansowa, • rolery, • tunel z obręczy, • bryły z gąbki, • piłki, wałki, kliny, piłkowałki, • 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.

Załącznik do zarządzenia Nr 22/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Załącznik nr 8 do materiałów informacyjnych PRO

Pieczęć Świadczeniodawcy

Końcowe 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

Załącznik do zarządzenia Nr 22/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Załącznik nr 9 do materiałów informacyjnych PRO

SZCZEGÓŁOWY OPIS ŚWIADCZEŃ I ZASAD ICH UDZIELANIA, WYMAGANIA WOBEC ŚWIADCZENIODAWCÓW ORAZ WZÓR KOŃCOWEGO SPRAWOZDANIA Z REALIZACJI UMOWY 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 (wzór ankiety stanowi **załącznik nr 1 do Programu**),
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 (wzór skierowania stanowi **załącznik nr 2 do Programu**);

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 plwociny,
   - 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 (zgodnie z wzorem określonym w **załączniku nr 1 do Programu)** 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 - wzór skierowania stanowi **załącznik nr 4 do Programu**),

4) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz dodatkowo dokumentacji określonej w programie (**załączniki nr 1 - 4 do Programu**) i materiałach informacyjnych.
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**

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" przyjętej Zarządzeniem Nr 75/2005 z dnia 13 października 2005 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie wymaganych kwalifikacji oraz wymagań sprzętowych dla pielęgniarki poz (w szczególności § 12-15),

2) dla Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc zgłaszającej się do realizacji II Etapu Programu - zawarte 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: ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne", przyjętych Zarządzeniem Nr 92/2005 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 października 2005 r., w zakresie warunków dotyczących kwalifikacji personelu medycznego i warunków lokalowo-technicznych określonych dla poradni gruźlicy i chorób płuc oraz dla poradni ftyzjatrycznych.

Pieczęć świadczeniodawcy

Końcowe sprawozdanie z realizacji umowy nr ……

PROGRAM PROFILAKTYKI GRUŹLICY - ETAP I

	Miary produktu	Miesiąc sprawozdawczy
1.	Liczba świadczeniobiorców, dla których wypełniono ankietę	
1.1.	W tym liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do II Etapu Programu (skierowanych do poradni gruźlicy i chorób płuc)	

…… ……..……

Data sporządzenia Pieczęć i podpis świadczeniodawcy

Pieczęć świadczeniodawcy

Końcowe sprawozdanie z realizacji umowy nr ……

PROGRAM PROFILAKTYKI GRUŹLICY - ETAP II

	Miary produktu	Miesiąc sprawozdawczy
1.	Liczba świadczeniobiorców skierowanych do II Etapu Programu przez pielęgniarkę środowiskową posiadającą umowę nr.....	
2.	Liczba świadczeniobiorców, którzy zgłosili się do Programu bez skierowania od pielęgniarki środowiskowej a zakwalifikowanych do II Etapu Programu na podstawie ankiet przeprowadzonych przez lekarza Poradni	
3.	Liczba świadczeniobiorców zdiagnozowanych w ramach programu	
3.1.	W tym liczba świadczeniobiorców pozytywnie zdiagnozowanych w kierunku gruźlicy	
3.1.1.	W tym liczba skierowań wystawionych do poradni	
3.1.2.	W tym liczba skierowań wystawionych do szpitala	
3.2.	W tym liczba świadczeniobiorców negatywnie zdiagnozowanych w kierunku gruźlicy	
3.2.1.	W tym liczba skierowań wystawionych do poradni z innych powodów	
3.2.2.	W tym liczba skierowań wystawionych do szpitala z innych powodów	
4.	Liczba świadczeniobiorców z podejrzeniem nowotworu dróg oddechowych skierowanych do dalszej diagnostyki	

…… ……..……

Data sporządzenia Pieczęć i podpis świadczeniodawcy

Załącznik do zarządzenia Nr 22/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Załącznik nr 10 do materiałów informacyjnych PRO

SZCZEGÓŁOWY OPIS ŚWIADCZEŃ I ZASAD ICH UDZIELANIA, WYMAGANIA WOBEC ŚWIADCZENIODAWCÓW ORAZ WZÓR KOŃCOWEGO SPRAWOZDANIA Z REALIZACJI UMOWY W PROGRAMIE PROFILAKTYKI CHORÓB ODTYTONIOWYCH – PALENIE JEST ULECZALNE

1. OPIS ŚWIADCZEŃ

Etap podstawowy realizacji Programu obejmuje:

1) zarejestrowanie świadczeniobiorcy,
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, według wzoru określonego **załącznikiem nr 1 do Programu;** przeprowadzenie zmodyfikowanego testu oceny wielkości uzależnienia od tytoniu według wzoru określonego w **załączniku nr 2 do Programu**,
3) badanie przedmiotowe (masa ciała, wzrost, pomiar ciśnienia tętniczego krwi),
4) wpisanie zebranych informacji i wyników badań do karty diagnostyki,
5) edukację antytytoniową dla palących papierosy i rozmowę podtrzymującą motywację do zaprzestania palenia,
6) edukację każdego świadczeniobiorcy dotyczącą skutków zdrowotnych palenia tytoniu (również biernego),
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 odtytoniowymi,
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,
2) ocenę informacji zebranych o świadczeniobiorcy w etapie podstawowym i ich aktualizacja (ankieta, testy). Przeprowadzenie testu Fagerstroma na podstawie **załącznika nr 3 do Programu** i testu motywacji do zaprzestania palenia według wzoru określonego w **załączniku nr 4 do Programu**,
3) przeprowadzenie wywiadu dotyczącego chorób współistniejących,

4) badanie tlenku węgla w wydychanym powietrzu,
5) edukację świadczeniobiorców, praktyczne porady dla osób palących tytoń,
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, wybierający 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.

<u>Porada na etapie wysokospecjalistycznym realizacji Programu obejmuje:</u>

1) zarejestrowanie świadczeniobiorcy skierowanego przez realizatora etapu specjalistycznego Programu lub z oddziału szpitalnego oraz osób, które zgłoszą się bez skierowania,
2) ocenę informacji zebranych dotychczas o świadczeniobiorcy i ich aktualizacja (ankieta, testy),
3) ocenę depresji (skala Becka) według wzoru określonego w **załączniku nr 5 do**

Programu,

4) ocenę objawów abstynencji, zgodnie z **załącznikiem nr 6 do Programu**,
5) badanie tlenku węgla w wydychanym powietrzu,
6) badanie spirometryczne,
7) edukację świadczeniobiorców, praktyczne porady dla osób palących tytoń,
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 2006 (dotyczy wszystkich etapów) nie mogą znaleźć się osoby leczone w roku 2005.

2. WYMAGANIA WOBEC OFERENTÓW

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) lineał,

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 – 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 tlenku węgla w wydychanym powietrzu,

c) waga,

d) lineał,

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 – certyfikowany specjalista psychoterapii uzależnień (certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego lub Polskiego Towarzystwa Psychologicznego), psycholog kliniczny lub inny terapeuta z certyfikatem (certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego lub Polskiego Towarzystwa Psychologicznego),

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

d) opcjonalnie dietetyk,

6) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:

a) aparat do pomiaru ciśnienia krwi,

b) spirometr,

c) aparat do pomiaru stężenia tlenku węgla w wydychanym powietrzu,

d) waga,

e) lineał.

Pieczęć świadczeniodawcy

Końcowe sprawozdanie z realizacji umowy nr ……

PROGRAM PROFILAKTYKI CHORÓB ODTYTONIOWYCH – PALENIE JEST ULECZALNE

L.P.	MIARA PRODUKTU	LICZBA OSÓB	
1	Liczba osób objętych programem		
2	Liczba osób palących.		
3	Liczba osób uzależnionych od tytoniu.		
4	Liczba osób umotywowanych do zaprzestania palenia		
5	Liczba osób, które podjęły próbę zaprzestania palenia.		
6	Liczba osób, objętych leczeniem odwykowym w Etapie podstawowym		
7	Liczba osób objętych leczeniem odwykowym w Etapie specjalistycznym w podziale na: - osoby skierowane z poz lub ze szpitala		
	- osoby, które zgłosiły się bez skierowania.		
8	Liczba osób, które rzuciły palenie w wyniku leczenia w Etapie specjalistycznym w podziale na zastosowane metody leczenia - terapia grupowa (w stosunku do liczby osób objętych terapią),		
	- leczenie farmakologiczne (w stosunku do liczby osób objętych terapią).		
9	Liczba osób objętych leczeniem odwykowym w Etapie wysokospecjalistycznym w podziale na: - osoby skierowane do programu		
	- osoby, które zgłosiły się bez skierowania.		
10	Liczba osób, które rzuciły palenie w wyniku leczenia w Etapie wysokospecjalistycznym w podziale na zastosowane metody leczenia - terapia grupowa (w stosunku do liczby osób objętych terapią)		
	- leczenie farmakologiczne (w stosunku do liczby osób objętych terapią).		
11	Liczba osób, które skorzystały z porad telefonicznych.		

…… ……..……

Data sporządzenia Pieczęć i podpis świadczeniodawcy

Załącznik do zarządzenia Nr 22/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Załącznik nr 11 do materiałów informacyjnych PRO

SZCZEGÓŁOWY OPIS ŚWIADCZEŃ I ZASAD ICH UDZIELANIA, WYMAGANIA WOBEC ŚWIADCZENIODAWCÓW ORAZ WZÓR KOŃCOWEGO SPRAWOZDANIA Z REALIZACJI UMOWY 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 pieczątką 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

1) wymagania 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", przyjętych Zarządzeniem Nr 92/2005 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 października 2005 r., 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, wydanego 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

Pieczęć świadczeniodawcy

Końcowe sprawozdanie z realizacji umowy nr ……

PROGRAM WCZESNEGO WYKRYWANIA ZAKAŻEŃ HIV U KOBIET W CIĄŻY

L.p.		**Ogółem**
1	Liczba kobiet w ciąży będących pod opieką świadczeniodawcy w okresie realizacji umowy	
2	Liczba kobiet, którym wykonano test przesiewowy (w pierwszym trymestrze ciąży lub przy pierwszym zgłoszeniu do lekarza)	
3	Liczba kobiet, które nie wyraziły zgody na wykonanie testu przesiewowego, przeprowadzono jedynie poradnictwo	
4	Liczba kobiet z dodatnim wynikiem pierwszego badania	
5	Liczba kobiet z wątpliwym wynikiem pierwszego badania	
6	Liczba kobiet z negatywnym wynikiem pierwszego badania	
7	Liczba kobiet, którym wykonano kolejne badanie w kierunku zakażenia HIV w trzecim trymestrze ciąży	
8	Liczba kobiet z dodatnim wynikiem kolejnego badania	
9	Liczba kobiet z wątpliwym wynikiem kolejnego badania	
10	Liczba kobiet z negatywnym wynikiem kolejnego badania	

…… ……..……

Data sporządzenia Pieczęć i podpis świadczeniodawcy

Załącznik do zarządzenia Nr 22/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Załącznik nr 12 do materiałów informacyjnych PRO

SZCZEGÓŁOWY OPIS ŚWIADCZEŃ I ZASAD ICH UDZIELANIA, WYMAGANIA WOBEC ŚWIADCZENIODAWCÓW ORAZ WZÓR KOŃCOWEGO SPRAWOZDANIA Z REALIZACJI UMOWY W PROGRAMIE WCZESNEJ DIAGNOSTYKI I LECZENIA JASKRY

1. OPIS ŚWIADCZEŃ

1) PORADA NA ETAPIE I OBEJMUJE:

a) zarejestrowanie świadczeniobiorcy z wprowadzeniem jego danych do rejestru uczestników Programu,
b) przeprowadzenie wywiadu i wypełnienie ankiety, wzór ankiety oraz opisu badania stanowi **załącznik nr 1** do Programu,
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.
f) badanie kąta przesączania- gonioskopia przy użyciu trójlustra Goldmana,
g) decyzja, co do dalszego postępowania (wpisana do ankiety):
   - 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 (wraz z kopią ankiety i opisu 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 2 tygodnie, chyba że świadczeniobiorca poprosi o inny termin),
b) komputerowe badanie pola widzenia- skriningowe, w zakresie 30 stopni obu oczu,

c) decyzja dotycząca dalszego postępowania (wdrożenie odpowiedniego leczenia w razie potrzeby oraz ewentualne skierowanie do dalszego leczenia) w zależności od wyniku badania potwierdzona pisemnie,

d) wraz ze skierowaniem do dalszego leczenia (w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub leczenia szpitalnego) pacjent otrzymuje kopię dokumentacji medycznej sporządzonej w ramach programu – zgodnie z wzorami określonymi w **załączniku nr 1** do Programu.

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 lub4^0 wg Schaffera
   c) <u>kontrola za 24 miesiące</u>

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- skrining w zakresie 30 stopni

   c.1. **prawidłowe**:
   - rozważyć ryzyko zamknięcia kąta przesączania i ewentualnie wykonać irydotomię laserem Nd: YAG;
   - jeśli ryzyko niskie- <u>kontrola za 12 miesięcy</u>.

   c.2. **nieprawidłowe**:
   - rozważyć ryzyko zamknięcia kąta przesączania i ewentualnie wykonać irydotomię laserem Nd: YAG;
   - 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-**
    - dalsza diagnostyka w kierunku jaskry pierwotnej zamykającego się kąta, wg punktu 2.
    - lub jaskry wtórnej (zależnie od charakteru stwierdzanych nieprawidłowości)- wg punktu 1., 2. lub 3.
- **tylnego odcinka gałki ocznej**
    - 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
    - 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 jeden dzień w tygodniu w godzinach popołudniowych, tj. do godz. 18.00.

2. WYMAGANIA WOBEC OFERENTÓW

1) Kwalifikacje personelu medycznego

I etap programu:

a) 2 lekarzy okulistów – w tym przynajmniej jeden 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),

c) 2 techników medycznych przeszkolonych w wykonywaniu komputerowego badania pola widzenia,

d) 2 osoby do obsługi skriningu.

2) Wyposażenie w aparaturę

Podane przez oferenta warunki muszą być potwierdzone odpowiednimi dokumentami.

I etap programu:

a) lampa szczelinowa, z filtrem kobaltowym i przystawką do aplanacji Goldmana,
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,

II etap programu

a) lampa szczelinowa, z filtrem kobaltowym i przystawką do aplanacji Goldmana,
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,
d) perymetr komputerowy – z możliwością wykonania badania pola widzenia w systemie progowym,
e) sprzęt do specjalistycznych badań diagnostycznych w zakresie skaningowej oftalmoskopii laserowej: HRT, GDX, RTA, TOPSS, OCT.

HRT.- Heidelberg Retina Tomograf- laserowy system z konfokalnym skaningiem 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 siatówki przy uzyciu 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 ultradźwiekowy lub optyczny-laserowy- do oceny centralnej grubości rogówki- ważne przy pomiarach ciśnienia śródgałkowego.

HRF- Heidelberg Retina Flowmeter- skaningowa laserowa przepływometria dopplerowska służy do obrazowania perfuzji krwi w siatkówce i na tarczy nerwu wzrokowego z wykorzystaniem zjawiska Dopplera; znajduje zastosowanie do pomiarów perfuzji w kapilarach siatkówki w jaskrze i retinopatii cukrzycowej, zwyrodnieniu plamki związanym z wiekiem oraz w innych chorobach pochodzenia naczyniowego, np. zakrzepie żyły środkowej siatkówki.

Pieczęć Świadczeniodawcy

Końcowe sprawozdanie z realizacji umowy nr …….

PROGRAM WCZESNEJ DIAGNOSTYKI I LECZENIA JASKRY

L.p.		**Ogólem**
1	Liczba osób objętych I etapem programu	
2	Liczba z prawidłowym wynikiem badania przesiewowego	
3	Liczba osób, u których wskazane jest ponowne badanie po 12 miesiącach	
4	Liczba osób skierowanych do II etapu programu	
5	Liczba osób, które zgłosiły się do II etapu programu	
6	Liczba osób, u których rozpoznano jaskrę	
7	Liczba osób skierowanych do dalszej diagnostyki i leczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej	
8	Liczba osób skierowanych do dalszej diagnostyki i leczenia w ramach lecznictwa szpitalnego	

data sporządzenia

pieczęć i podpis świadczeniodawcy