

Warszawa, dnia 10 grudnia 2020 r.

Poz. 2209

**OBWIESZCZENIE
MINISTRA ZDROWIA**

z dnia 10 listopada 2020 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych

1. Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1461) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 188), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2018 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 1777).

2. Podany w załączniku do niniejszego obwieszczenia tekst jednolity rozporządzenia nie obejmuje § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 1777), który stanowi:

„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem § 1 pkt 2, który wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.”.

Minister Zdrowia: *A. Niedzielski*

Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia
z dnia 10 listopada 2020 r. (poz. 2209)

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 6 listopada 2013 r.

w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych

Na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, 1492, 1493, 1578, 1875 i 2112) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

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

§ 2. Ilekroć w rozporządzeniu jest mowa o lekarzu specjaliście, rozumie się przez to lekarza, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny.

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

2.³⁾ Świadczeniodawca bierze pod uwagę zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, które zostały ogłoszone na podstawie art. 11 ust. 3 ustawy.

3.³⁾ Do określania świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 5, w przypadku chorób rzadkich stosuje się także rozpoznania opisane numerami ORPHA.

§ 4. 1. W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie:

- 1) badania diagnostyczne;
- 2) leki i wyroby medyczne.

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

- 1) chorób krwi i narządów krwiotwórczych,
- 2) chorób nowotworowych,
- 3) chorób oczu,
- 4) chorób przemiany materii,
- 5) chorób psychicznych i zaburzeń zachowania,
- 6) chorób skóry i tkanki podskórnej,

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1470 i 1541).

²⁾ Oznaczenie ust. 1 nadane przez § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 1777), które weszło w życie z dniem 29 września 2018 r.

³⁾ Dodany przez § 1 pkt 1 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 2.

- 7) chorób układu krążenia,
- 8) chorób układu moczowo-płciowego,
- 9) chorób układu nerwowego,
- 10) chorób układu oddechowego,
- 11) chorób układu ruchu,
- 12) chorób układu trawiennego,
- 13) chorób układu wydzielania wewnętrznego,
- 14) chorób zakaźnych i pasożytniczych,
- 15) urazów i zatruc,
- 16) wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomowych

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

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

§ 6. 1. Przepisy rozporządzenia stosuje się do świadczeń gwarantowanych udzielanych od dnia 1 stycznia 2014 r.

2. Do świadczeń gwarantowanych udzielanych przed dniem 1 stycznia 2014 r. stosuje się przepisy dotychczasowe.

§ 7. Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2012 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 1422).

§ 8. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia⁴⁾.

⁴⁾ Rozporządzenie zostało ogłoszone w dniu 11 grudnia 2013 r.

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 6 listopada 2013 r.

WYKAZ ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH
ORAZ WARUNKI ICH REALIZACJI

Lp.	Nazwa programu zdrowotnego	
1.	Program profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)	
Zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych	
	Świadczeniobiorcy	Świadczeniodawcy
1	2	3
<p>Etap podstawowy I. Poradnictwo antytytoniowe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) zebranie wywiadu dotyczącego palenia tytoniu, z uwzględnieniem: wieku rozpoczęcia palenia, liczby lat palenia, liczby wypalanych papierosów (ilości wypalanego tytoniu) dziennie, liczby prób zaprzestania palenia i czasu ich trwania, chęci zaprzestania palenia i motywacji do porzucenia palenia oraz ocenę poziomu uzależnienia od tytoniu; 2) pomiar masy ciała, wzrostu, ciśnienia tętniczego krwi; 3) badanie fizykalne; 4) edukacja dotycząca skutków zdrowotnych palenia tytoniu; poinformowanie, że palenie tytoniu jest głównym czynnikiem ryzyka zachorowania POChP, raka płuca, krtani i pęcherza moczowego i innych chorób nowotworowych oraz chorób układu krążenia; zwrócenie uwagi na szkodliwy wpływ palenia biernego na zdrowie niepalących, szczególnie dzieci; 5) w przypadku kobiet – poinformowanie również, że palenie tytoniu jest czynnikiem ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy i udzielenie informacji o Programie profilaktyki raka szyjki macicy oraz poinformowanie, iż w okresie prokreacji palenie tytoniu czynne i bierne wpływa niekorzystnie na przebieg ciąży i rozwój płodu; 6) porada antytytoniowa z zaplanowaniem terapii odwykowej dla świadczeniobiorców, którzy wykażą gotowość rzucenia palenia w okresie najbliższych 30 dni, a w przypadku braku motywacji do zaprzestania palenia – zidentyfikowanie powodu i uświadomienie zagrożenia chorobami odtytoniowymi; 7) prowadzenie terapii odwykowej zgodnie z ustalonym ze świadczeniobiorcą schematem postępowania. 	<p>1. Kryteria kwalifikacji I. Poradnictwo antytytoniowe – osoby powyżej 18. roku życia palące tytoni. II. Diagnostyka i profilaktyka POChP – osoby pomiędzy 40. a 65. rokiem życia (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia), które nie miały wykonanych badań spirometrycznych w ramach programu w okresie ostatnich 36 miesięcy, u których nie zdiagnozowano wcześniej, w sposób potwierdzony badaniem spirometrycznym, POChP (lub przewlekłego zapalenia oskrzeli lub rozedmy). 2. Wyłączenie z programu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) skierowanie świadczeniobiorcy (osoby ze średnim i wysokim stopniem motywacji do rzucenia palenia oraz kobiety palące w ciąży) do etapu specjalistycznego programu wraz z przekazaniem kopii dokumentacji medycznej dotyczącej przebiegu etapu podstawowego – w przypadku niepowodzenia terapii po 30 dniach; 2) skierowanie do odpowiedniego świadczeniodawcy – w przypadku świadczeniobiorców ze stwierdzonymi na podstawie przeprowadzonego badania lekarskiego nieprawidłowościami wymagającymi dalszej diagnostyki lub leczenia, a w przypadku nieprawidłowego badania spirometrycznego do dalszej diagnostyki pulmonologicznej. 	<p>1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny. 2. Warunki wymagane od świadczeniodawców:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) personel: lekarz podstawowej opieki zdrowotnej posiadający udokumentowane umiejętności w leczeniu zespołu uzależnienia od tytoniu; dopuszcza się możliwość realizowania świadczenia przy dodatkowym udziale pielęgniarki posiadającej co najmniej ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego lub w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej; 2) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: <ol style="list-style-type: none"> a) aparat EKG, b) podstawowy zestaw reanimacyjny, c) spirometr lub przystawka spirometryczna spełniająca następujące minimalne wymogi techniczne: funkcja mierzenia i rejestrowania zmiennych: FEV1 i FVC oraz wydechowej części krzywej przepływ-objętość, czułość pomiaru: $\pm 3\%$ lub 0,05 L; zakres: 0–8 L; czas: 1 i 15 sek., prezentacja wyników pomiarów w wartościach należnych według ECCS/ERS, możliwość obserwacji wydechowej części krzywej przepływ-objętość w czasie wykonywania badania, funkcja prezentacji i archiwizacji wyniku (wydruk), rejestracja wydechowej części krzywej przepływ-objętość, prezentacja wyników trzech pomiarów spirometrycznych w wartościach bezwzględnych i procentach wielkości należnej (według ECCS/ERS), funkcja obliczania wskaźnika

<p>II. Diagnostyka i profilaktyka POChP:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) zebranie wywiadu dotyczącego palenia tytoniu, z uwzględnieniem: wieku rozpoczęcia palenia, liczby lat palenia, liczby wypalanych papierosów (ilości wypalanego tytoniu) dziennie, liczby prób zaprzestania palenia i czasu ich trwania, chęci zaprzestania palenia i motywacji do porzucenia palenia oraz ocenę poziomu uzależnienia od tytoniu; 2) pomiar masy ciała, wzrostu, ciśnienia tętniczego krwi; 3) badanie fizykalne; 4) badanie spirometryczne u osób w wieku 40–65 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia); 5) edukacja dotycząca skutków zdrowotnych palenia tytoniu: <ol style="list-style-type: none"> a) poinformowanie, że palenie tytoniu jest głównym czynnikiem ryzyka zachorowania na POChP, raka płuca, krtani i pęcherza moczowego i innych chorób nowotworowych oraz chorób układu krążenia, b) zwrócenie uwagi na szkodliwy wpływ palenia biernego na zdrowie niepalących, szczególnie dzieci, c) w przypadku kobiet – poinformowanie również, że palenie tytoniu jest czynnikiem ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy i udzielenie informacji o Programie profilaktyki raka szyjki macicy; 6) porada antytytoniowa z zaplanowaniem terapii odwykowej dla świadczeniobiorców, którzy wykażą gotowość rzucenia palenia w okresie najbliższych 30 dni, a w przypadku braku motywacji do zaprzestania palenia – zidentyfikowanie powodu i uświadomienie zagrożenia chorobami odtytoniowymi; prowadzenie terapii odwykowej zgodnie z ustalonym ze świadczeniobiorcą schematem postępowania. 		<p>FEV1/FVC w wielkości bezwzględnej, oraz wyrażonej jako procent wielkości należnej,</p> <p>d) pozostałe wyposażenie:</p> <ul style="list-style-type: none"> – zestaw przeciwwstrząsowy, – waga medyczna ze wzrostomierzem, – zestaw do wykonywania zabiegów i opatrunków, – aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi, – stetoskop, – glukometr, – otoskop, – lodówka, – kozetka lekarska, – stolik zabiegowy, – szafka przeznaczona do przechowywania leków i wyrobów medycznych, – telefon.
<p>Etap specjalistyczny</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) zebranie wywiadu dotyczącego palenia tytoniu, z uwzględnieniem: wieku rozpoczęcia palenia, liczby lat palenia, liczby wypalanych papierosów (ilości wypalanego tytoniu) dziennie, liczby prób zaprzestania palenia i czasu ich trwania, chęci zaprzestania palenia i motywacji do zaprzestania palenia; 2) w przypadku osób skierowanych z etapu podstawowego ocena informacji zebranych o świadczeniobiorcy w etapie podstawowym i ich aktualizacja; 	<p>Kryteria kwalifikacji</p> <p>– osoby powyżej 18. roku życia uzależnione od tytoniu (ICD-10: F17), skierowane z etapu podstawowego lub z oddziału szpitalnego oraz zgłaszające się bez skierowania.</p> <p>Świadczeniobiorca może być objęty leczeniem w ramach programu tylko raz.</p>	<p>1. Tryb realizacji świadczenia</p> <p>– ambulatoryjny.</p> <p>2. Warunki wymagane od świadczeniodawców:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) personel: <ol style="list-style-type: none"> a) lekarz specjalista posiadający udokumentowane umiejętności w leczeniu zespołu uzależnienia od tytoniu, b) osoba, która jest w trakcie szkolenia w zakresie psychoterapii lub specjalista psychoterapii uzależnień (osoba, która posiada kwalifikacje specjalisty terapii

<p>3) przeprowadzenie testów oceniających poziom uzależnienia od tytoniu, motywacji do zaprzestania palenia, depresji oraz wywiadu dotyczącego objawów abstynencji;</p> <p>4) badanie przedmiotowe: pomiar masy ciała, wzrostu oraz ciśnienia tętniczego krwi;</p> <p>5) badanie poziomu tlenu węgla w wydychanym powietrzu;</p> <p>6) przeprowadzenie wywiadu dotyczącego chorób współistniejących;</p> <p>7) w przypadku osób pomiędzy 40. a 65. rokiem życia (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia), które nie miały wykonanych badań spirometrycznych w ramach programu w okresie ostatnich 36 miesięcy, u których nie zdiagnozowano wcześniej, w sposób potwierdzony badaniem spirometrycznym, POChP (lub przewlekłego zapalenia oskrzeli lub rozedmy) – kontynuację badań diagnostycznych w zakresie badania spirometrycznego lub RTG klatki piersiowej przez skierowanie do odpowiedniej poradni specjalistycznej;</p> <p>8) przeprowadzenie edukacji świadczeniobiorców, praktyczne porady dla osób palących tytoń:</p> <p>a) poinformowanie, że palenie tytoniu jest głównym czynnikiem ryzyka zachorowania na POChP, raka płuca, krtani i pęcherza moczowego i innych chorób nowotworowych oraz chorób układu krążenia,</p> <p>b) zwrócenie uwagi na szkodliwy wpływ palenia biernego na zdrowie niepalących, szczególnie dzieci; w przypadku kobiet – poinformowanie, że palenie tytoniu jest czynnikiem ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy i udzielenie informacji o Programie profilaktyki raka szyjki macicy;</p> <p>9) ustalenie wskazań i przeciwwskazań do farmakoterapii lub terapii psychologicznej (lekarz specjalista);</p> <p>10) ustalenie wskazań i przeciwwskazań do terapii psychologicznej indywidualnej lub grupowej (osoba, o której mowa w kolumnie 3 pkt 2 ppkt 1 lit. b);</p> <p>11) zaplanowanie schematu leczenia uzależnienia od tytoniu (w tym farmakoterapia lub terapia psychologiczna indywidualna lub grupowa i jego realizacja).</p>		<p>uzależnień, o którym mowa w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2020 r. poz. 2050), lub specjalisty psychoterapii uzależnień, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2019 r. poz. 2277 oraz z 2020 r. poz. 1492)), lub osoba prowadząca psychoterapię (osoba, która ukończyła studia wyższe i szkolenie w zakresie psychoterapii),</p> <p>c) pielęgniarka lub położna przeszkolona w zakresie leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu;</p> <p>2) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:</p> <p>a) aparat do pomiaru ciśnienia krwi,</p> <p>b) aparat do pomiaru stężenia tlenu węgla w wydychanym powietrzu,</p> <p>c) waga lekarska ze wzrostomierzem.</p>
--	--	--

Lp.	Nazwa programu zdrowotnego	
2.	Program profilaktyki raka szyjki macicy	
Zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych	
	Świadczeniobiorcy	Świadczeniodawcy
1	2	3
<p>Etap podstawowy – pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego.</p>	<p>1. Kryteria kwalifikacji Badania wykonuje się: 1) co 36 miesięcy u kobiet w wieku od 25 do 59 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia); 2) co 12 miesięcy u kobiet w wieku od 25 do 59 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia) obciążonych czynnikami ryzyka (zakażonych wirusem HIV, przyjmujących leki immunosupresyjne, zakażonych HPV – typem wysokiego ryzyka).</p> <p>2. Wyłączenie z programu: rozpoznanie nowotworu złośliwego szyjki macicy; po zakończeniu kontroli onkologicznej (decyzję podejmuje lekarz prowadzący leczenie onkologiczne) kobiety spełniające kryteria kwalifikacji do programu ponownie zostają objęte programem.</p>	<p>1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny w pracowni stacjonarnej lub mobilnej.</p> <p>2. Warunki wymagane od świadczeniodawców: 1) personel: a) lekarz specjalista położnictwa i ginekologii lub b) lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii lub lekarz w trakcie specjalizacji z położnictwa i ginekologii (lekarz, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji), lub c) położna posiadająca: – dokument potwierdzający pozytywny wynik egzaminu przeprowadzonego przez centralny ośrodek koordynujący w zakresie umiejętności pobierania rozmazów cytologicznych dla potrzeb programu, wydany po 31 grudnia 2010 r., lub – dokument potwierdzający ukończenie kursu dokształcającego przeprowadzonego w latach 2006–2015 przez centralny ośrodek koordynujący lub wojewódzki ośrodek koordynujący w zakresie umiejętności pobierania rozmazów cytologicznych dla potrzeb programu, lub – dokument potwierdzający ukończenie kursu dokształcającego przeprowadzonego przez podmiot, któremu w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych minister właściwy do spraw zdrowia zlecił prowadzenie szkoleń w zakresie umiejętności pobierania rozmazów cytologicznych dla potrzeb programu, d) położna podstawowej opieki zdrowotnej posiadająca: – dokument potwierdzający pozytywny wynik egzaminu przeprowadzonego przez centralny ośrodek koordynujący w zakresie umiejętności pobie-</p>

		<p>rania rozmazów cytologicznych dla potrzeb programu, wydany po 31 grudnia 2010 r., lub</p> <ul style="list-style-type: none"> - dokument potwierdzający ukończenie kursu dokształcającego przeprowadzonego w latach 2006–2015 przez centralny ośrodek koordynujący lub wojewódzki ośrodek koordynujący w zakresie umiejętności pobierania rozmazów cytologicznych dla potrzeb programu, lub - dokument potwierdzający ukończenie kursu dokształcającego przeprowadzonego przez podmiot, któremu w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych minister właściwy do spraw zdrowia zlecił prowadzenie szkoleń w zakresie umiejętności pobierania rozmazów cytologicznych dla potrzeb programu; <p>2) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) wziernik jednorazowy, b) jednorazowa szczoteczka umożliwiająca pobranie rozmazu jednocześnie z tarczy części pochwowej oraz z kanału szyjki macicy, c) fotel ginekologiczny.
<p>Etap diagnostyczny – badanie mikroskopowe materiału z szyjki macicy – wynik badania cytologicznego wymazu z szyjki macicy jest sformułowany według Systemu Bethesda 2001.</p>	<p>1. Kryteria kwalifikacji Badania wykonuje się:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) co 36 miesięcy dla kobiet w wieku od 25 do 59 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia); 2) co 12 miesięcy dla kobiet w wieku od 25 do 59 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia) obciążonych czynnikami ryzyka (zakażonych wirusem HIV, przyjmujących leki immunosupresyjne, zakażonych HPV – typem wysokiego ryzyka). <p>2. Wyłączenie z programu:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) rozpoznanie nowotworu złośliwego szyjki macicy; 2) skierowane (poza programem) do dalszej diagnostyki lub leczenia, w przypadku rozpoznania nowotworu szyjki macicy lub innego schorzenia wymagającego leczenia specjalistycznego w zakresie onkologii. <p>Po zakończeniu kontroli onkologicznej (decyzję podejmuje lekarz prowadzący leczenie onkologiczne) kobiety spełniające kryteria kwalifikacji do programu ponownie zostają objęte programem.</p>	<p>1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny.</p> <p>2. Warunki wymagane od świadczeniodawców:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) medyczne laboratorium diagnostyczne wpisane do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych lub zakład patomorfologii posiadający pracownię cytologiczną; 2) personel: <ul style="list-style-type: none"> a) lekarz specjalista patomorfologii lub anatomii patologicznej, b) diagnostki laboratoryjni posiadający tytuł specjalisty cytomorfologii medycznej lub posiadający udokumentowane umiejętności i udokumentowane odpowiednie doświadczenie w wykonywaniu badań cytologicznych; 3) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: mikroskopy wysokiej jakości, umożliwiające uzyskanie powiększenia co najmniej 400 razy.

<p>Etap pogłębionej diagnostyki – kolposkopia lub kolposkopia z celowanym pobraniem wycinków i badaniem histopatologicznym.</p>	<p>1. Kryteria kwalifikacji Skierowanie z etapu podstawowego programu.</p> <p>2. Wyłączenie z programu Skierowanie (poza programem) do dalszej diagnostyki lub leczenia, w przypadku rozpoznania nowotworu szyjki macicy lub innego schorzenia wymagającego leczenia specjalistycznego w zakresie onkologii.</p>	<p>1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny.</p> <p>2. Warunki wymagane od świadczeniodawców:</p> <p>1) personel:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) lekarz specjalista położnictwa i ginekologii lub b) lekarz specjalista ginekologii onkologicznej, lub c) lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii, posiadający udokumentowane umiejętności w wykonywaniu badań kolposkopowych; <p>2) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) kolposkop, b) zestaw do pobierania wycinków; <p>3) inne wymagania:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) zapewnienie dostępu do badań histopatologicznych, b) w przypadku rozpoznania nowotworu wymagane jest zgłaszanie do regionalnego rejestru nowotworów uzyskanych dodatknych wyników badań na kartach zgłoszenia nowotworu złośliwego Mz/N1-a z dopiskiem „S” (skryning).
Lp.	Nazwa programu zdrowotnego	
3.	Program profilaktyki raka piersi	
Zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych	
	Świadczeniobiorcy	Świadczeniodawcy
1	2	3
<p>Etap podstawowy – mammografia skryningowa obu piersi (każdej piersi w dwóch projekcjach).</p>	<p>1. Kryteria kwalifikacji Badania wykonuje się:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) co 24 miesiące u kobiet w wieku od 50 do 69 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia); 2) co 12 miesięcy u kobiet w wieku od 50 do 69 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia), u których wystąpił rak piersi wśród członków rodziny (u matki, siostry lub córki) lub mutacje w obrębie genów BRCA 1 lub BRCA 2. <p>2. Wyłączenie z programu Programem nie mogą być objęte kobiety, u których już wcześniej zdiagnozowano zmiany nowotworowe o charakterze złośliwym w piersi.</p>	<p>1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny w pracowni stacjonarnej lub mobilnej.</p> <p>2. Warunki wymagane od świadczeniodawców:</p> <p>1) personel:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) lekarz specjalista radiologii lub rentgenodiagnostyki, lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej, lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie radiologii lub rentgenodiagnostyki, lub radiodiagnostyki, z udokumentowanym odpowiednim doświadczeniem w dokonywaniu oceny mammografii skryningowych (co najmniej dwóch lekarzy), b) technik elektroradiolog z udokumentowanym szkoleniem w zakresie prowadzenia kontroli jakości oraz udokumentowanym odpowiednim doświadczeniem w wykonywaniu mammografii;

		<ul style="list-style-type: none">2) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: mammograf o parametrach nie niższych niż do mammografii skryningowej obu piersi*;3) pozytywny wynik kontroli jakości badań mammograficznych, przeprowadzanej co roku przez:<ul style="list-style-type: none">a) wojewódzki ośrodek koordynujący, a w przypadku negatywnego wyniku kontroli jakości badań mammograficznych – dostarczenie do wojewódzkiego ośrodka koordynującego dokumentacji obrazującej usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości – w przypadku kontroli przeprowadzonych do końca 2015 r., lubb) podmiot, któremu w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych minister właściwy do spraw zdrowia zlecił prowadzenie kontroli jakości, a w przypadku negatywnego wyniku kontroli jakości badań mammograficznych – dostarczenie do tego podmiotu dokumentacji obrazującej usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości;4) pozytywny wynik audytu klinicznego zdjęć mammograficznych, przeprowadzanego nie rzadziej niż raz na 24 miesiące przez:<ul style="list-style-type: none">a) niezależny ośrodek audytorski na podstawie zdjęć mammograficznych przesłanych do wojewódzkiego ośrodka koordynującego; do celu audytu mammografii cyfrowych (MC) świadczeniodawca jest obowiązany do wysłania zestawu zdjęć zarchiwizowanych na płytach CD oraz dodatkowo wydrukowanych zdjęć mammograficznych w formacie rzeczywistym – dotyczy audytu przeprowadzonego do końca 2015 r., lubb) niezależny ośrodek audytorski na podstawie zdjęć mammograficznych przesłanych do podmiotu, któremu w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych minister właściwy do spraw zdrowia zlecił prowadzenie audytu; do celu audytu mammografii cyfrowych (MC) świadczeniodawca jest obowiązany do wysłania zestawu zdjęć zarchiwizowanych na płytach CD oraz dodatkowo wydrukowanych zdjęć mammograficznych w formacie rzeczywistym;
--	--	---

		<p>5) w przypadku konieczności skierowania świadczeniobiorcy do etapu pogłębionej diagnostyki, przekazanie świadczeniobiorcy opisu wyniku badania, wywołanych lub wydrukowanych zdjęć mammograficznych w formacie rzeczywistym oraz w przypadku badania wykonanego na aparacie cyfrowym, również zdjęć zarchiwizowanych na płycie CD;</p> <p>6) w przypadku ograniczonego dostępu do świadczeń w ramach programu na terenie danego województwa, dopuszcza się możliwość realizowania świadczeń przez świadczeniodawców przystępujących do programu po raz pierwszy, niespełniających warunków określonych w pkt 3 i 4, pod warunkiem uzyskania pozytywnego wyniku kontroli jakości badań mammograficznych, o których mowa w pkt 3, oraz pozytywnego wyniku audytu klinicznego zdjęć mammograficznych, o których mowa w pkt 4, w terminie 6 miesięcy od dnia zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.</p> <p>Dopuszcza się możliwość ponownego przystąpienia świadczeniodawcy do postępowania konkursowego nie wcześniej niż po upływie 12 miesięcy od daty negatywnego wyniku audytu klinicznego zdjęć mammograficznych.</p>
<p>Etap pogłębionej diagnostyki</p> <p>1) porada lekarska, stanowiąca cykl następujących zdarzeń:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) skierowanie na niezbędne badania w ramach realizacji programu, b) ocenę wyników przeprowadzonych badań i postawienie rozpoznania; <p>2) wykonanie mammografii uzupełniającej lub</p> <p>3) wykonanie USG piersi (decyzję o wykonaniu badania podejmuje lekarz, biorąc pod uwagę w szczególności: wynik mammografii, wynik badania palpacyjnego, strukturę gruczołu sutkowego, stosowanie hormonalnej terapii zastępczej, konieczność zróżnicowania między guzem litym a torbielą sutka);</p> <p>4) wykonanie biopsji cienkoigłowej – biopsja cienkoigłowa jednej zmiany ogniskowej z użyciem techniki obrazowej, z badaniem cytologicznym (2–4 rozmazy); konieczna dokumentacja fotograficzna końca igły w nakłuwanej zmianie, lub</p> <p>5) wykonanie biopsji gruboigłowej – biopsja gruboigłowa piersi przezskórna z pełną diagnostyką (badanie histopa-</p>	<p>Kryteria kwalifikacji</p> <p>Skierowanie z etapu podstawowego programu.</p>	<p>1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny.</p> <p>2. Warunki wymagane od świadczeniodawców:</p> <p>1) dla mammografii uzupełniającej:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) personel: <ul style="list-style-type: none"> – lekarz specjalista radiologii lub rentgenodiagnostyki, lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej, lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie radiologii lub rentgenodiagnostyki, lub radiodiagnostyki z udokumentowanym odpowiednim doświadczeniem w dokonywaniu oceny mammografii skryningowych (co najmniej dwóch lekarzy – gdy wykonywana jest tylko mammografia uzupełniająca), – technik elektroradiolog, z udokumentowanym szkoleniem w zakresie prowadzenia kontroli jakości oraz udokumentowanym odpowiednim doświadczeniem w wykonywaniu mammografii,

<p>tologiczne) z użyciem technik obrazowych w przypadku nieprawidłowości stwierdzonych w badaniu mammograficznym lub USG;</p> <p>6) podjęcie decyzji dotyczącej dalszego postępowania.</p>		<p>b) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: mammograf o parametrach nie niższych niż do mammografii skryningowej obu piersi*;</p> <p>2) dla badania USG piersi:</p> <p>a) personel:</p> <ul style="list-style-type: none">- lekarz specjalista radiologii lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie radiodiagnostyki lub- lekarz specjalista, który ukończył specjalizację obejmującą uprawnienia ultrasonograficzne w zakresie określonym w programie specjalizacji, <p>b) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:</p> <ul style="list-style-type: none">- aparat USG z głowicą liniową, szerokopasmową, wieloczęstotliwościową o wysokiej rozdzielczości liniowej i skali szarości pracującą w przedziale co najmniej 2–10 MHz, zalecany komplet głowic o różnych spektrach częstotliwości: 5–13.5 MHz, 13.5–18 MHz; badanie wykonuje się przy użyciu częstotliwości co najmniej 7.5 MHz,- drukarka do USG; <p>3) dla biopsji cienkoigłowej z użyciem technik obrazowych:</p> <p>a) personel:</p> <ul style="list-style-type: none">- lekarz specjalista radiologii lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej, lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie radiodiagnostyki, lub lekarz specjalista onkologii klinicznej, lub lekarz specjalista chirurgii onkologicznej, lub- lekarz specjalista, który ukończył specjalizację obejmującą uprawnienia ultrasonograficzne w zakresie określonym w programie specjalizacji, <p>b) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: zestaw do wykonywania biopsji cienkoigłowej (BAC);</p> <p>4) dla biopsji gruboigłowej z użyciem technik obrazowych:</p> <p>a) personel:</p> <ul style="list-style-type: none">- lekarz specjalista radiologii lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej, lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie radiodiagnostyki, lub lekarz specjalista
--	--	--

		<p>onkologii klinicznej, lub lekarz specjalista chirurgii onkologicznej, lub</p> <p>– lekarz specjalista, który ukończył specjalizację obejmującą uprawnienia ultrasonograficzne w zakresie określonym w programie specjalizacji,</p> <p>b) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: zestaw do wykonywania biopsji gruboigłowej,</p> <p>c) inne wymagania: dostęp do badań histopatologicznych.</p>
Lp.	Nazwa programu zdrowotnego	
4.	Program badań prenatalnych	
Zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych	
	Świadczeniobiorcy	Świadczeniodawcy
1	2	3
<p>Poradnictwo i badania biochemiczne:</p> <p>1) estriol;</p> <p>2) α-fetoproteina (AFP);</p> <p>3) gonadotropina kosmówkowa – podjednostka beta (β-HCG);</p> <p>4) białko PAPP-A – osoczowe białko ciążowe A z komputerową oceną ryzyka wystąpienia choroby płodu.</p>	<p>Kryteria kwalifikacji</p> <p>Badania wykonuje się u kobiet w ciąży, spełniających co najmniej jedno z poniższych kryteriów:</p> <p>1) wiek od ukończenia 35 lat (badanie przysługuje kobiecie począwszy od roku kalendarzowego, w którym kończy 35 lat);</p> <p>2) wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka;</p> <p>3) stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka;</p> <p>4) stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenowo lub wieloczynnikową;</p> <p>5) stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu.</p> <p>Do udziału w programie wymagane jest skierowanie od lekarza prowadzącego ciążę.</p>	<p>1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny.</p> <p>2. Warunki wymagane od świadczeniodawców:</p> <p>1) laboratorium wpisane do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;</p> <p>2) badania wykonuje się z zastosowaniem certyfikowanych odczynników i aparatury spełniających obowiązujące standardy i rekomendacje w dziedzinie oceny testów biochemicznych wykonywanych w diagnostyce prenatalnej.</p>
<p>Poradnictwo i USG płodu w kierunku diagnostyki wad wrodzonych</p>	<p>Kryteria kwalifikacji</p> <p>Badania wykonuje się u kobiet w ciąży, spełniających co najmniej jedno z poniższych kryteriów:</p> <p>1) wiek od ukończenia 35 lat (badanie przysługuje kobiecie począwszy od roku kalendarzowego, w którym kończy 35 lat);</p> <p>2) wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka;</p>	<p>1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny.</p> <p>2. Warunki wymagane od świadczeniodawców:</p> <p>1) personel: co najmniej dwóch lekarzy (w tym co najmniej jeden z kwalifikacjami określonymi w lit. a):</p> <p>a) lekarz specjalista położnictwa i ginekologii, który posiada udokumentowane umiejętności w zakresie badań ultrasonograficznych,</p>

	<p>3) stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka;</p> <p>4) stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenowo lub wieloczynnikową;</p> <p>5) stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu.</p>	<p>b) lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii lub inny lekarz specjalista np. pediatrii, genetyki klinicznej, którzy posiadają udokumentowane umiejętności w zakresie badań ultrasonograficznych;</p> <p>2) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:</p> <p>a) aparat ultrasonograficzny wyposażony w dwie głowice: convex przezbrzuszną 3,5–5 (6) MHz i głowicę przezpochwową 7–9 (10) MHz, z opcją kolorowego Dopplera,</p> <p>b) komputer wraz z oprogramowaniem certyfikowanym, umożliwiającym kalkulację ryzyka wystąpienia aneuploidii zgodnie z kryteriami określonymi przez obowiązujące standardy i rekomendacje, wraz z aktualną licencją,</p> <p>c) program komputerowy obliczający ryzyko aberracji chromosomalnych wraz z aktualną licencją.</p>
<p>Poradnictwo i badania genetyczne:</p> <p>1) klasyczne badania cytogenetyczne (techniki prążkowe – prążki GTG, CBG, Ag-NOR, QFQ, RBG i wysokiej rozdzielczości HRBT z analizą mikroskopową chromosomów);</p> <p>2) cytogenetyczne badania molekularne (obejmuje analizę FISH – hybrydyzacja in situ z wykorzystaniem fluorescencji – do chromosomów metafazowych i prometafazowych oraz do jąder interfazowych z sondami molekularnymi centromerowymi, malującymi, specyficznymi, telomerowymi, Multicolor-FISH);</p> <p>3) badania metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, SSCP, HD, sekwencjonowanie i inne) dobranymi w zależności od wielkości i rodzaju mutacji.</p>	<p>Kryteria kwalifikacji</p> <p>Badania wykonuje się u kobiet w ciąży, spełniających co najmniej jedno z poniższych kryteriów:</p> <p>1) wiek od ukończenia 35 lat (badanie przysługuje kobiecie począwszy od roku kalendarzowego, w którym kończy 35 lat);</p> <p>2) wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka;</p> <p>3) stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka;</p> <p>4) stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenowo lub wieloczynnikową;</p> <p>5) stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu.</p>	<p>1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny.</p> <p>2. Warunki wymagane od świadczeniodawców:</p> <p>1) laboratorium wpisane do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;</p> <p>2) personel:</p> <p>a) lekarz specjalista genetyki klinicznej,</p> <p>b) diagnosta laboratoryjny ze specjalizacją laboratoryjnej genetyki medycznej;</p> <p>3) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:</p> <p>a) mikroskop,</p> <p>b) termocykler,</p> <p>c) wirówka preparacyjna,</p> <p>d) pipeta automatyczna.</p>
<p>Pobranie materiału płodowego do badań genetycznych (amniopunkcja lub biopsja trofoblastu lub kordocenteza).</p>	<p>Kryteria kwalifikacji</p> <p>Badania wykonuje się u kobiet w ciąży, spełniających co najmniej jedno z poniższych kryteriów:</p> <p>1) wiek od ukończenia 35 lat (badanie przysługuje kobiecie począwszy od roku kalendarzowego, w którym kończy 35 lat);</p> <p>2) wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka;</p>	<p>1. Tryb realizacji świadczenia:</p> <p>1) ambulatoryjny;</p> <p>2) szpitalny.</p> <p>2. Warunki wymagane od świadczeniodawców:</p> <p>1) personel:</p> <p>a) lekarz specjalista położnictwa i ginekologii lub</p> <p>b) lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii posiadający zaświadczenie</p>

	<p>3) stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka;</p> <p>4) stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenowo lub wieloczynnikową;</p> <p>5) stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu.</p>	<p>kierownika specjalizacji potwierdzające umiejętności w tym zakresie;</p> <p>2) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: zestaw do pobierania materiału płodowego.</p> <p>3.⁵⁾ Pozostałe wymagania:</p> <p>1) podanie immunoglobuliny anti-RhD pacjentce RhD-ujemnej po inwazyjnej diagnostyce prenatalnej;</p> <p>2) świadczenie polega na podaniu immunoglobuliny anti-RhD zgodnie z aktualnymi zaleceniami konsultantów krajowych w dziedzinie położnictwa i ginekologii, transfuzjologii klinicznej oraz perinatologii.</p>
Lp.	Nazwa programu zdrowotnego	
5.	Ortodontyczna opieka nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki	
Zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych	
	Świadczeniobiorcy	Świadczeniodawcy
1	2	3
<p>Specjalistyczne leczenie ortodontyczne populacji osób z wrodzonymi wadami rozwojowymi typu rozszczep podniebienia pierwotnego lub wtórnego oraz anomalie twarzy w zakresie zależnym od rozwoju I i II łuku skrzelowego i ograniczenie u nich zniekształceń morfologiczno-czynnościowych w tym zakresie.</p>	<p>1. Kryteria kwalifikacji Do leczenia w ramach programu kwalifikuje się świadczeniobiorców:</p> <p>1) z całkowitym jedno- lub obustronnym rozszczepem podniebienia, zgodnie z następującymi kryteriami kwalifikacyjnymi:</p> <p>a) w okresie przedoperacyjnym: szeroka szczelina, znacznie wysunięta kość przysieczna,</p> <p>b) w okresie pooperacyjnym: zgryz krzyżowy częściowy boczny łącznie ze zgryzem krzyżowym częściowym przednim lub niedorozwojem przedniego odcinka szczęki u świadczeniobiorców Q37.1 oraz obustronny zgryz krzyżowy częściowy boczny u świadczeniobiorców Q37.0;</p> <p>2) z rozszczepem podniebienia pierwotnego obustronnym Q36.0, pośrodkowym Q36.1, jednostronnym Q36.9, zgodnie z następującymi kryteriami kwalifikacyjnymi:</p> <p>a) odwrotny nagryz poziomy pojedynczych siekaczy lub zgryz krzyżowy (boczny),</p> <p>b) miernie nasilony odwrotny nagryz poziomy siekaczy i zębów bocznych,</p> <p>c) znacznie nasilony odwrotny nagryz poziomy siekaczy, odwrotny</p>	<p>1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny.</p> <p>2. Dziedzina medycyny: stomatologia – ortodoncja.</p> <p>3. Warunki wymagane od świadczeniodawców:</p> <p>1) personel:</p> <p>a) nie mniej niż jeden lekarz dentysta specjalista ortodoncji,</p> <p>b) nie mniej niż jeden lekarz dentysta specjalista w dziedzinie ortodoncji z co najmniej 3-letnim doświadczeniem w leczeniu wad rozwojowych i umiejętnością leczenia aparatami stałymi lub nie mniej niż dwóch lekarzy dentystów specjalistów w dziedzinie ortodoncji z co najmniej 3-letnim doświadczeniem w leczeniu wad rozwojowych i umiejętnością leczenia aparatami stałymi zatrudnionych w wymiarze 1/2 etatu,</p> <p>c) zapewnienie dostępu do:</p> <ul style="list-style-type: none"> – lekarza specjalisty chirurgii szczękowej lub chirurgii szczękowo-twarzowej, lub chirurgii stomatologicznej, – lekarza specjalisty chirurgii plastycznej, – lekarza specjalisty audiologii i foniatryi, lub audiologii oraz foniatryi,

⁵⁾ Dodany przez § 1 pkt 2 rozporządzenia, o którym mowa w odnośniku 2; wszedł w życie z dniem 15 września 2018 r.

	<p>nagryz zębów bocznych i zgryz otwarty;</p> <p>3) z innymi wadami wrodzonymi części twarzowej czaszki:</p> <p>a) stwierdzone wady zgryzu współistniejące z innymi wadami wrodzonymi w obszarze głowy i szyi: zespołem Aperta, zespołem Crouzona, zespołem Downa, zespołem Goldenhara, syndromem Pierre-Robina, zespołem obojczykowo-czaszkowym, zespołem Treacher-Collinsa, połowicznym niedorozwojem twarzy, dysplazją ektodermalną, wadami zgryzu u dzieci z porażeniem mózgowym, zespołem długiej twarzy, ankyloza stawów skroniowo-żuchwowych, z osteochondrodysplazjami Q78 (cherubizm),</p> <p>b) stwierdzone wady zgryzu zakwalifikowane do 5 stopnia zaburzeń na podstawie wskaźnika okluzyjnego (IOTN), zgodnie z następującymi kryteriami kwalifikacyjnymi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zaburzone wyrzynanie zębów (z wyjątkiem zębów trzecich trzonowych) na skutek stłoczeń, - przemieszczenia, obecności zębów nadliczbowych, zagłębionych zębów mlecznych i innych przyczyn patologicznych, - hipodoncja zębów wymagająca odbudowy protetycznej (więcej niż jeden ząb w kwadrancie) i wcześniejszego leczenia ortodontycznego, - nagryz poziomy przekraczający 9 mm, - odwrotny nagryz poziomy powyżej 3,5 mm z zaznaczoną niewydolnością mięśni i zaburzeniami mowy; <p>4) pacjenci, którzy ukończyli 18. rok życia, mogą kontynuować leczenie w przypadku udokumentowanego leczenia podjętego w ramach:</p> <p>a) programu wielospecjalistycznej opieki nad dziećmi z całkowitym rozszczepem podniebienia pierwotnego lub wtórnego, realizowanego w latach 2000–2002 przez ministra właściwego do spraw zdrowia, lub</p> <p>b) programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z całkowitym rozszczepem podniebienia pierwotnego lub wtórnego, lub</p>	<ul style="list-style-type: none"> - osoby, która: <ul style="list-style-type: none"> -- uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub -- rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. i ukończyła studia wyższe w zakresie logopedii, obejmujące co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii, i uzyskała tytuł magistra, lub -- ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii, lub -- rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1998 r. i ukończyła studia wyższe na kierunku albo w specjalności logopedia obejmujące co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii i uzyskała tytuł licencjata lub magistra na tym kierunku, lub -- rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1998 r. i ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii, lub -- rozpoczęła przed dniem 31 grudnia 1998 r. i ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii; <p>2) organizacja udzielania świadczeń: poradnia ortodontyczna: 6 godzin dziennie – 5 dni w tygodniu, w tym 1 dzień do godziny 18;</p> <p>3) dostęp do badań: dostęp do badań RTG lub radiowizjografii;</p> <p>4) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: stanowisko stomatologiczne (fotel, przystawka turbinowa, mikrosilnik, lampa bezcieniowa) lub unit stomatologiczny – w miejscu udzielania świadczeń.</p>
--	---	---

	<p>c) programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki, realizowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia, począwszy od 2004 r.</p> <p>2. Określenie czasu leczenia w programie Od urodzenia do dnia operacji rozszczepu wargi u dzieci z szerokimi rozszczepami i trudnościami pobierania pokarmu leczenie za pomocą płytki podniebiennej.</p> <p>Od 1. do 3. roku życia: Masaż wargi, kontrola stanu uzębienia i zgryzu, zachowanie wysokiego standardu higieny jamy ustnej, leczenie zgryzów krzyżowych w przypadku rozszczepów. W przypadku wad zgryzu towarzyszących innym wadom rozwojowym twarzowej części czaszki: kontrola stanu uzębienia i zgryzu, mioterapia, korekta guzków zębów mlecznych.</p> <p>Od 3. do 7. roku życia: Korekta wad zgryzu: metafilaktyka (uproszczone metody: aparaty standardowe, takie jak płytka przedsionkowa i standardowy korektor zgryzu – trainer), leczenie zdejmowanymi aparatami czynnymi. Zachowanie wysokiego standardu higieny jamy ustnej.</p> <p>Od 8. do 10. roku życia: Leczenie zaburzeń zębowo-zgryzowych aparatami zdejmowanymi, w tym aparatami standardowymi i czynnościowymi. W leczeniu tych zaburzeń mogą być stosowane aparaty stałe grubołukowe lub maska Delaire'a.</p> <p>Od 11. roku życia: Leczenie wad zgryzu zdejmowanymi aparatami czynnymi i aparatami stałymi. Rehabilitacja protetyczna (wrodzone braki zębów).</p>	
Lp.	Nazwa programu zdrowotnego	
6.	Leczenie dzieci ze śpiączką (rozpoznanie zasadnicze ICD10: R40.2)	
	Zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych
		Świadczeniobiorcy
		Świadczeniodawcy
	1	2
	3	
Kompleksowy sposób postępowania z pacjentem w stanie śpiączki i zgodnie z zaleceniami zespołu terapeutycznego:	1. Skierowanie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego na leczenie wynikające z programu bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji (jako kontynuacja leczenia szpitalnego).	1. Tryb realizacji świadczenia – stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne.
1) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy;	2. Kwalifikacji świadczeniobiorców do programu dokonuje zespół terapeutyczny na podstawie skierowania,	2. Warunki wymagane od świadczeniodawców – realizacja świadczeń wymaga powołania indywidualnego zespołu terapeutycznego dla każdego pacjenta.
2) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki;		
3) badania zlecone przez lekarza;		

<p>4) leczenie farmakologiczne;</p> <p>5) leczenie bólu;</p> <p>6) leczenie spastyczności przy zastosowaniu toksyny botulinowej;</p> <p>7) leczenie innych objawów somatycznych;</p> <p>8) opieka psychologiczna nad świadczeniobiorcą i jego rodziną;</p> <p>9) rehabilitacja;</p> <p>10) zapobieganie powikłaniom;</p> <p>11) żywienie dojelitowe i pozajelitowe;</p> <p>12) zaopatrzenie w wyroby medyczne i konieczne do wykonania świadczenia gwarantowanego.</p>	<p>w oparciu o następujące kryteria kwalifikacji:</p> <p>1) pacjent od 6 do 8 punktów w skali Glasgow (GSC);</p> <p>2) pozostawanie w stanie śpiączki w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od momentu urazu lub 6 miesięcy od momentu wystąpienia śpiączki nieurazowej;</p> <p>3) stabilność podstawowych parametrów życiowych;</p> <p>4) stabilność oddechu bez wspomagania mechanicznego;</p> <p>5) wiek pacjenta od 2. do 18. roku życia (nieukończone 18 lat w momencie przyjęcia).</p> <p>3. Określenie czasu leczenia w programie:</p> <p>1) decyzję o czasie leczenia podejmuje zespół terapeutyczny w oparciu o kryteria medyczne;</p> <p>2) czas leczenia w programie nie powinien trwać dłużej niż 12 miesięcy od rozpoczęcia programu;</p> <p>3) w wyjątkowych przypadkach, jeżeli wydłużenie leczenia przyniesie pacjentowi korzyści zdrowotne, ustalone w oparciu o kryteria medyczne przyjęte przez zespół terapeutyczny, zespół ten może wyrazić zgodę na wydłużenie leczenia w programie do 15 miesięcy;</p> <p>4) w przypadku gdy pacjent w trakcie leczenia w programie wymaga realizacji świadczeń z innego zakresu przez okres dłuższy niż 5 dni każdorazowo po zakończonej hospitalizacji, decyzję o kontynuacji leczenia w programie podejmuje zespół terapeutyczny dokonujący oceny stanu pacjenta, w oparciu o kryteria medyczne.</p> <p>4. Monitorowane efektów leczenia:</p> <p>1) zespół terapeutyczny w przedziale 180–210 dni oraz 330–360 dni, w oparciu o ustalone kryteria medyczne dokonuje monitorowania efektów leczenia w ramach programu;</p> <p>2) w wyniku przeprowadzonego monitorowania zespół terapeutyczny podejmuje decyzję w zakresie zakończenia lub kontynuacji leczenia, w tym o ewentualnym wydłużeniu leczenia w programie.</p>	<p>3. Personel medyczny w przeliczeniu na piętnaście łóżek:</p> <p>1) równoważnik co najmniej 2 etatów – lekarz specjalista w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej oraz lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji oraz lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii;</p> <p>2) równoważnik co najmniej 16 etatów pielęgniarek, w tym pielęgniarki specjalistki lub z ukończonym kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa:</p> <p>a) pediatrycznego lub</p> <p>b) opieki długoterminowej, lub</p> <p>c) przewlekłe chorych i niepełnosprawnych</p> <p>– lub w trakcie odbywania tych specjalizacji lub kursów;</p> <p>3) równoważnik co najmniej 1 etatu:</p> <p>a) osoba, która uzyskała w polskiej uczelni dyplom magistra psychologii lub uzyskała za granicą wykształcenie uznane za równorzędne w Rzeczypospolitej Polskiej z dyplomem magistra psychologii,</p> <p>b) osoba, która:</p> <p>– uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub</p> <p>– rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. i ukończyła studia wyższe w zakresie logopedii, obejmujące co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii i uzyskała tytuł magistra, lub</p> <p>– ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii, lub</p> <p>– rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1998 r. i ukończyła studia wyższe na kierunku albo w specjalności logopedia obejmujące co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii i uzyskała tytuł licencjata lub magistra na tym kierunku, lub</p> <p>– rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1998 r. i ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii, lub</p>
--	---	---

		<p>– rozpoczęła przed dniem 31 grudnia 1998 r. i ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii;</p> <p>4) równoważnik co najmniej 5 etatów – osoba, która:</p> <p>a) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe z zakresu fizjoterapii obejmujące co najmniej 2435 godzin kształcenia w zakresie fizjoterapii i uzyskała tytuł licencjata lub dodatkowo co najmniej 1440 godzin kształcenia w zakresie fizjoterapii i uzyskała tytuł magistra, lub</p> <p>b) rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1997 r. studia wyższe na kierunku fizjoterapia, zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach i uzyskała tytuł licencjata lub magistra na tym kierunku, lub</p> <p>c) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe na kierunku rehabilitacja ruchowa lub rehabilitacja i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku, lub</p> <p>d) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe w Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej, lub</p> <p>e) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończyła w ramach studiów dwuletnią specjalizację z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej potwierdzoną legitymacją instruktora rehabilitacji ruchowej lub gimnastyki leczniczej, lub</p> <p>f) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończyła 3-miesięczny kurs specjalizacyjny z rehabilitacji, lub</p> <p>g) ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy technik fizjoterapii, w tym osoba realizująca zabiegi masażu.</p> <p>4. Udokumentowane zapewnienie dostępu do konsultacji z zakresu:</p> <p>1) anestezjologii i intensywnej terapii lub anestezjologii, lub anestezjologii i reanimacji;</p>
--	--	--

		<ol style="list-style-type: none">2) audiologii i foniatryi;3) chirurgii dziecięcej;4) okulistyki;5) pediatrii;6) psychiatrii;7) urologii lub urologii dziecięcej;8) ortopedii;9) laryngologii lub laryngologii dziecięcej. <p>5. Organizacja udzielania świadczeń:</p> <ol style="list-style-type: none">1) całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza;2) całodobowa opieka pielęgniarska;3) szczegółowe określenie, w wewnętrznych aktach regulujących funkcjonowanie świadczeniodawcy, warunków współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia przez świadczeniodawcę diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania w zakresie:<ol style="list-style-type: none">a) anestezjologii i intensywnej terapii,b) chirurgii,c) ortopedii,d) gastrologii,e) neurologii,f) neurochirurgii;4) w sali chorego zapewnia się bezpłatnie miejsce noclegowe dla rodzica lub opiekuna z możliwością przebywania z dzieckiem podczas realizacji programu. <p>6. Sprzęt medyczny i pomocniczy:</p> <ol style="list-style-type: none">1) łóżka szpitalne (zwykłe i łamane) o regulowanej wysokości, wyposażone w ruchome barierki zabezpieczające przed wypadnięciem, zawierające oprzyrządowanie do rehabilitacji;2) materace przeciwodleżynowe oraz inny sprzęt przeciwodleżynowy;3) sprzęt ułatwiający pielęgnację – zintegrowany system do higieny ciała, podnośniki, parawany, pasy ślizgowe;4) koncentrator tlenu lub inne dostępne źródło tlenu w liczbie co najmniej jeden na każde pięć łóżek;5) ssak elektryczny w liczbie co najmniej jeden na każde trzy łóżka;6) inhalatory, co najmniej jeden na każde pięć łóżek;7) pompy strzykawkowe w liczbie co najmniej jedna na każde pięć łóżek;8) pompy objętościowe w liczbie co najmniej jedna na każde pięć łóżek;9) waga łóżkowa;
--	--	---

		<p>10) aparat EKG, który znajduje się w budynku lub zespole budynków oznaczonych tym samym adresem, w którym lub w których jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń;</p> <p>11) aparat EEG, który znajduje się w budynku lub zespole budynków oznaczonych tym samym adresem, w którym lub w których jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń.</p> <p>7. Wyposażenie w sprzęt rehabilitacyjny co najmniej w:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stoły rehabilitacyjne; 2) stoły pionizacyjne; 3) zestawy do ćwiczeń biernych; 4) aparaty do fizykoterapii; 5) wanny do masażu wirowego. <p>8. Zapewnienie dostępu do badań umożliwiających monitorowanie stanu pacjenta zgodnie z kryteriami określonymi przez zespół.</p>				
Lp.	Nazwa programu zdrowotnego					
7.	Leczenie dorosłych chorych ze śpiączką (rozpoznanie zasadnicze ICD10: R40.2)					
	Zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych				
		<table border="1"> <tr> <td>Świadczeniobiorcy</td> <td>Świadczeniodawcy</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>	Świadczeniobiorcy	Świadczeniodawcy	1	2
Świadczeniobiorcy	Świadczeniodawcy					
1	2					
	1	3				
<p>Kompleksowy sposób postępowania ze świadczeniobiorcami w stanie śpiączki zgodnie z zaleceniami zespołu terapeutycznego:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy; 2) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki; 3) badania diagnostyczne zlecone przez lekarza; 4) leczenie farmakologiczne; 5) leczenie bólu; 6) leczenie spastyczności przy zastosowaniu toksyny botulinowej, zgodnie z opisem programu lekowego określonego w obwieszczeniu ogłaszającym na podstawie art. 37 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 357, 945, 1493 i 1875); 7) w leczeniu spastyczności przy zastosowaniu pompy baklofenowej: <ol style="list-style-type: none"> a) wszczepienie pompy baklofenowej, na warunkach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, z późn. zm.), 	<p>1. Skierowanie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego na leczenie w programie bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji (jako kontynuacja leczenia szpitalnego).</p> <p>2. Kwalifikacji do programu dokonuje zespół terapeutyczny na podstawie skierowania i spełnienia przez świadczeniobiorców następujących kryteriów kwalifikacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) od 6 do 8 punktów w skali Glasgow (GSC); 2) pozostawanie w stanie śpiączki w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od dnia urazu lub 6 miesięcy od dnia wystąpienia śpiączki nieurazowej; 3) stabilność podstawowych parametrów życiowych; 4) stabilność oddechowa bez wspomagania mechanicznego; 5) ukończony 18. rok życia w dniu przyjęcia; 6) czas od zdarzenia wywołującego śpiączkę nie krótszy niż 6 tygodni. <p>3. Określenie czasu leczenia w programie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) decyzję o czasie leczenia podejmuje zespół terapeutyczny na podstawie kryteriów medycznych; 	<p>1. Tryb realizacji świadczenia: – stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne.</p> <p>2. Warunki wymagane od świadczeniodawców: – realizacja świadczeń wymaga powołania indywidualnego zespołu terapeutycznego dla każdego świadczeniobiorcy.</p> <p>3. Personel medyczny w przeliczeniu na 15 łóżek:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) równoważnik co najmniej 2 etatów – lekarz specjalista w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii oraz lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub rehabilitacji w chorobach narządów ruchu, lub rehabilitacji ogólnej; 2) równoważnik co najmniej 16 etatów – pielęgniarki, w tym pielęgniarki specjalistki lub z ukończonym kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa: <ol style="list-style-type: none"> a) anestezyjologicznego i intensywnej opieki lub b) opieki długoterminowej, lub przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub c) neurologicznego – lub w trakcie odbywania tych specjalizacji lub kursów; 				

<p>b) uzupełnianie pompy baklofenem, na warunkach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, z późn. zm.);</p> <p>8) leczenie objawów somatycznych;</p> <p>9) opieka psychologiczna nad świadczeniobiorcą i jego rodziną;</p> <p>10) rehabilitacja;</p> <p>11) zapobieganie powikłaniom;</p> <p>12) żywienie dojelitowe i pozajelitowe;</p> <p>13) zaopatrzenie w wyroby medyczne konieczne do wykonania świadczenia gwarantowanego.</p>	<p>2) czas leczenia w programie nie powinien trwać dłużej niż 12 miesięcy od dnia rozpoczęcia leczenia w programie;</p> <p>3) w przypadkach uzasadnionych stanem klinicznym świadczeniobiorcy, jeżeli wydłużenie leczenia przyniesie świadczeniobiorcy korzyści zdrowotne, ustalone na podstawie kryteriów medycznych przyjętych przez zespół terapeutyczny, zespół ten może wyrazić zgodę na wydłużenie leczenia w programie do 15 miesięcy;</p> <p>4) w przypadku gdy świadczeniobiorca w trakcie leczenia w programie wymaga realizacji świadczeń z innego zakresu przez okres dłuższy niż 5 dni, decyzję o kontynuacji leczenia w programie podejmuje zespół terapeutyczny dokonujący oceny stanu świadczeniobiorcy, na podstawie kryteriów medycznych każdorazowo po zakończonej hospitalizacji.</p> <p>4. Monitorowanie efektów leczenia:</p> <p>1) zespół terapeutyczny w przedziale 180–210 dni oraz 330–360 dni, od dnia rozpoczęcia leczenia w programie, na podstawie ustalonych kryteriów medycznych dokonuje monitorowania efektów leczenia w ramach programu;</p> <p>2) w wyniku przeprowadzonego monitorowania zespół terapeutyczny podejmuje decyzję o zakończeniu lub kontynuacji leczenia, w tym o ewentualnym wydłużeniu leczenia w programie.</p> <p>5. Określenie kryteriów skuteczności leczenia</p> <p>1) uzyskanie w ocenie końcowej świadczeniobiorcy, zwiększenia liczby punktów w skali Glasgow (GCS) do poziomu powyżej 8;</p> <p>2) spełnianie podstawowych poleceń (pomijając pacjentów z uszkodzeniem ogniskowym układu nerwowego).</p> <p>6. Określenie trybu postępowania ze świadczeniobiorcą, który zakończył udział w programie – przez 3 lata po zakończeniu udziału świadczeniobiorcy w programie, świadczeniobiorca, jego opiekun prawny lub opiekun faktyczny nie rzadziej niż raz w roku są poddawani korespondencyjnemu badaniu ankietowemu, które ma na celu monitorowanie efektów leczenia.</p>	<p>3) równoważnik co najmniej 1 etatu:</p> <p>a) osoba, która jest psychologiem, posiadającym tytuł specjalisty w dziedzinie psychologia kliniczna lub uzyskała dyplom magistra psychologii, lub uzyskała za granicą dyplom uznany za równorzędny w Rzeczypospolitej Polskiej z dyplomem magistra psychologii,</p> <p>b) osoba, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności logopedia obejmujące w programie nauczania co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii, lub ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii, lub ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii;</p> <p>4) równoważnik co najmniej 5 etatów – fizjoterapeuci.</p> <p>4. Udokumentowane zapewnienie dostępu do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie:</p> <p>1) anestezjologii i intensywnej terapii;</p> <p>2) audiologii i foniatrii;</p> <p>3) neurochirurgii;</p> <p>4) okulistyki;</p> <p>5) chorób wewnętrznych;</p> <p>6) psychiatrii;</p> <p>7) urologii;</p> <p>8) ortopedii i traumatologii narządu ruchu.</p> <p>5. Organizacja udzielania świadczeń:</p> <p>1) całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza;</p> <p>2) całodobowa opieka pielęgniarska;</p> <p>3) szczegółowe określenie, w wewnętrznych aktach regulujących funkcjonowanie świadczeniodawcy, warunków współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia przez świadczeniodawcę diagnostyki, leczenia świadczeniobiorców i ciągłości postępowania w zakresie:</p> <p>a) anestezjologii i intensywnej terapii,</p> <p>b) radiologii (badania radiologiczne klatki piersiowej, tomografia komputerowa głowy, rezonans magnetyczny z możliwością wykonywania badań czynności</p>
--	--	--

		<p>ciowych mózgu f MRI, w tym w zakresie reakcji mózgu na bodźce wzrokowe, obrazowe i słuchowe),</p> <p>c) neurofizjologii (badanie EEG, video-EEG, słuchowe, somatosensoryczne motoryczne, potencjały wywołane),</p> <p>d) chirurgii ogólnej,</p> <p>e) ortopedii i traumatologii narządu ruchu,</p> <p>f) gastroenterologii,</p> <p>g) neurologii,</p> <p>h) neurochirurgii.</p> <p>6. Wyposażenie w sprzęt medyczny:</p> <p>1) łóżka szpitalne (zwykłe i łamane) o regulowanej wysokości, wyposażone w ruchome barierki zabezpieczające przed wypadnięciem, zawierające oprzyrządowanie do rehabilitacji;</p> <p>2) materace przeciwoleżynowe oraz inny sprzęt przeciwoleżynowy;</p> <p>3) sprzęt ułatwiający pielęgnację – zintegrowany system do higieny ciała, podnośniki, parawany oraz pasy ślizgowe;</p> <p>4) koncentrator tlenu lub inne dostępne źródło tlenu w liczbie co najmniej 1 na każde rozpoczęte 5 łóżek;</p> <p>5) ssak elektryczny w liczbie co najmniej 1 na każde rozpoczęte 3 łóżka;</p> <p>6) inhalator w liczbie co najmniej 1 na każde rozpoczęte 5 łóżek;</p> <p>7) pompa strzykawkowa w liczbie co najmniej 1 na każde rozpoczęte 5 łóżek;</p> <p>8) pompa objętościowa w liczbie co najmniej 1 na każde rozpoczęte 5 łóżek;</p> <p>9) waga łóżkowa;</p> <p>10) respirator w liczbie co najmniej 1 w miejscu udzielania świadczeń;</p> <p>11) monitor sygnałów fizjologicznych (EKG, saturacja tlenem, ciśnienie tętnicze) w liczbie co najmniej 1 na każde rozpoczęte 5 łóżek;</p> <p>12) aparat EEG, który znajduje się w budynku, lub zespole budynków oznaczonych tym samym adresem, w którym lub w których jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń.</p> <p>7. Wyposażenie w sprzęt rehabilitacyjny obejmujący co najmniej:</p> <p>1) stoły rehabilitacyjne;</p> <p>2) stoły pionizacyjne;</p> <p>3) zestawy do ćwiczeń biernych;</p> <p>4) aparaty do fizykoterapii;</p> <p>5) wanny do masażu wirowego.</p>
--	--	--

		8. Zapewnienie dostępu do badań umożliwiających monitorowanie stanu świadczeniobiorcy zgodnie z kryteriami określonymi przez zespół terapeutyczny.
--	--	---

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

- A. Warunki realizacji świadczenia niezależne od metody rejestracji obrazu
- 1) duże ognisko lampy RTG, nie większe niż 0,3 dla odległości SID równej 60;
 - 2) generator wysokiej częstotliwości;
 - 3) zakres wysokiego napięcia co najmniej 25–31 kV z możliwością zmian nie więcej niż co 1 kV;
 - 4) automatyczna kontrola ekspozycji (AEC), sterująca co najmniej wartością obciążenia prądowo-czasowego (mAs);
 - 5) kratki przeciwrozproszeniowe dwóch formatów lub kratka przeciwrozproszeniowa z konstrukcją umożliwiającą rejestrację obrazów w dwóch formatach;
 - 6) alfanumeryczne wyświetlanie parametrów ekspozycji, co najmniej kV, mAs, materiał anody, rodzaj filtra;
 - 7) średnia dawka gruczołowa nie większa niż 2.5 mGy przy ocenie z zastosowaniem warunków klinicznych i fantomu z PMMA o grubości 4,5 cm;
 - 8) prawidłowe wyniki testów specjalistycznych w zakresie zgodnym z obowiązującymi przepisami w zakresie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznych;
 - 9) automatyczne zwolnienie ucisku po ekspozycji;
 - 10) przeziarna osłona stanowiska technika z materiału o ekwiwalencie co najmniej 0,5 mm Pb;
 - 11) szkło powiększające 5-krotnie z soczewką o średnicy co najmniej 10 cm;
 - 12) negatoskop:
 - a) dedykowany mammografii z konstrukcyjną możliwością ograniczania pola świecenia do wielkości ocenianych błon mammograficznych (np. negatoskop żaluzjowy lub automatyczny),
 - b) jasność powierzchni negatoskopu regulowana w zakresie od 3000 cd/m² do 6000 cd/m².
- B. Warunki realizacji świadczenia dotyczące mammografii z rejestracją obrazu metodą analogową
- 1) mammograf:
 - a) anoda ze ścieżką molibdenową i z filtrami molibdenowym (Mo) i rodowym (Rh),
 - b) kasety dwóch formatów (18x24 i 24x30) z ekranami z ziem rzadkich, dedykowane przez producenta do mammografii,
 - c) błony mammograficzne,
 - d) kamera identyfikacyjna z możliwością zapisu danych pacjentki i warunków badania na błonie;
 - 2) wywoływarka:
 - a) przeznaczona wyłącznie dla potrzeb mammografii (w miejscu) lub system dzienny RTG-mammograficzny przeładowywania kaset – miniloader przenośny,
 - b) zapewniony stały, autoryzowany serwis,
 - c) protokół wykonanej optymalizacji procesów wywoływania dla parametrów wymaganych przy wywoływaniu obrazów mammograficznych;
 - 3) zestaw do podstawowych testów kontroli jakości w mammografii analogowej:
 - a) sensytmometr (powtarzalność naświetlania ± 2%),
 - b) 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 błonie,
 - c) fantom do oceny jakości obrazu wykonany z PMMA o grubości 4,5 cm zawierający następujące elementy:
 - klin aluminiowy 10-stopniowy do oceny kontrastu obrazu,
 - co najmniej 5 elementów niskokontrastowych do oceny widoczności obiektów o progowym kontraście,
 - fantom do wyznaczania rozdzielczości wysokokontrastowej w kierunku prostopadłym i równoległym do osi anoda-katoda,
 - d) wszystkie elementy fantomu powinny być umieszczone tak, aby obszar nad komorą systemu AEC w położeniu przy ścianie klatki piersiowej pozostawał pusty,
 - e) dodatkowa płyta fantomowa z PMMA o grubości 2 cm,
 - f) lupa do oceny rozdzielczości wysokokontrastowej (powiększenie 7 do 8x),
 - g) termometr elektroniczny (dokładność wskazań ± 0,3°C, powtarzalność ± 0,1°C),
 - h) test przylegania błona – folia wzmacniająca,
 - i) miernik siły kompresji piersi (dokładność wskazań ± 10%, powtarzalność ± 5%).

- C. Warunki realizacji świadczenia dotyczące mammografii z cyfrową pośrednią (CR) i bezpośrednią (DDR) rejestracją obrazu
1. Wymagania dla mammografii cyfrowej z pośrednią rejestracją obrazu (CR)
 - 1) mammograf – anoda ze ścieżką molibdenową i z filtrami molibdenowym (Mo) i rodowym (Rh);
 - 2) kasety i stanowisko do odczytu płyt pamięciowych:
 - a) kasety o wymiarach 18x24 cm i 24x30 cm z płytami pamięciowymi (CR) umożliwiającymi skanowanie z rozdzielczością co najmniej 20 pikseli/mm,
 - b) skaner umożliwiający skanowanie płyt pamięciowych dedykowanych do mammografii o wymiarach 18x24 cm i 24x30 cm z płytami pamięciowymi (CR) z rozdzielczością co najmniej 20 pikseli/mm,
 - c) oprogramowanie dedykowane przez producenta do akwizycji obrazów mammograficznych z płyt pamięciowych (CR).
 2. Wymagania dla mammografii cyfrowej z bezpośrednią rejestracją obrazu (DDR)
 - 1) detektor cyfrowy (DR) o wymiarach: minimum 23x29 cm;
 - 2) wymagane formaty obrazu: minimum 23x29 cm oraz 18x23 cm.
 3. Inne wymagania dla mammografii z cyfrową pośrednią (CR) i bezpośrednią (DDR) rejestracją obrazu
 - 1) konsola technika:
 - a) monitor obsługowy dla technika LCD minimum 17",
 - b) matryca obrazów [piksel] x [piksel] minimum 1280x1024 pikseli (min. 1,3 MP),
 - c) nanoszenie znaczników mammograficznych w postaci graficznej i literowej bezpośrednio z klawiatury obsługowej,
 - d) wyświetlanie zdjęcia podglądowego każdorazowo po wykonaniu projekcji mammograficznej z możliwością akceptacji albo odrzucenia,
 - e) komunikacja poprzez DICOM 3.0,
 - f) protokoły komunikacji,
 - g) możliwość ręcznego wprowadzenia danych demograficznych świadczeniobiorcy lub pobranie tych informacji z systemu HIS/RIS i połączenia ich z obrazem cyfrowym,
 - h) możliwość archiwizacji badań na lokalnym archiwum i w systemie PACS,
 - i) możliwość automatycznej dystrybucji obrazów do zdefiniowanych wcześniej miejsc,
 - j) możliwość automatycznego wprowadzenia parametrów ekspozycji i połączenia ich z obrazem cyfrowym;
 - 2) stanowisko opisowe dla lekarza:
 - a) pamięć operacyjna: minimum 2 GB RAM,
 - b) 2 monitory obrazowe medyczne skalibrowane pod DICOM, z dedykowaną kartą graficzną zapewniającą co najmniej 10-bitowe odwzorowanie skali szarości (co najmniej 1024 poziomy skali szarości),
 - c) monitory fabrycznie parowane,
 - d) przekątna monitora nie mniejsza niż 21",
 - e) prezentacja obrazu w pionie,
 - f) rozdzielczość każdego monitora nie mniejsza niż 2000 pikseli x 2500 pikseli, (5 MP),
 - g) kontrast każdego monitora nie mniejszy niż 700 : 1,
 - h) luminancja: minimum 500 cd/m²,
 - i) oprogramowanie obsługowe zapewniające możliwość umieszczenia na ekranie obrazu cc bok do boku oraz obrazu MLO piersi prawej po stronie lewej, a obrazu MLO piersi lewej po stronie prawej; możliwość wyłączenia paska narzędzi; zalecana kompatybilność z oprogramowaniem do komputerowego wspomaganie diagnozy (typu CAD),
 - j) komunikacja poprzez DICOM 3.0;
 - 3) zestaw do podstawowych testów kontroli jakości w mammografii cyfrowej:
 - a) obrazy testowe TG18 – QC, SMPTE,
 - b) jednorodny fantom o grubości 4,5 cm z PMMA o wymiarach pozwalających na pokrycie całego detektora,
 - c) miernik siły kompresji piersi (dokładność wskazań $\pm 10\%$, powtarzalność $\pm 5\%$),
 - d) stała współpraca z pracownią pomiarową lub fizykiem posiadającym uprawnienia do wykonywania testów specjalistycznych w zakresie mammografii;
 - 4) kamera cyfrowa do wydruków obrazów mammograficznych: technologia sucha, rozdzielczość minimum 508 DPI, D_{\max} minimum 3,6, formaty dostępnych błon co najmniej 18x24 i 24x30 cm; głębia skali szarości co najmniej 12 bitów (4096 poziomów skali szarości).
- D. Warunki realizacji świadczenia dla pogłębionej diagnostyki mammograficznej
- 1) lampa rentgenowska z małym ogniskiem dedykowanym do wykonywania zdjęć powiększonych, nie większym niż 0,15;
 - 2) możliwość wykonywania zdjęć z powiększeniem co najmniej 1,5;
 - 3) system do zdjęć z punktową kompresją;
 - 4) możliwość obrotu ramienia mammografu do pozycji 180° (stolik na górze, lampa na dole).

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