

ROZPORZĄDZENIE

MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 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 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) wykazy 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. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) dostęp – zapewnienie realizacji świadczeń gwarantowanych w innym miejscu udzielania świadczeń lub lokalizacji niż ta, w której świadczenia są udzielane;
- 2) lekarz specjalista – oznacza lekarza, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny.

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

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 476, 1016, 1342 i 1548 oraz z 2013 r. poz. 154.

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

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

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,
- 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 zatruć,
- 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 opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 stycznia 2014 r.

2. Do dnia 31 grudnia 2013 r. świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane zgodnie z warunkami realizacji określonymi w dotychczasowych przepisach.

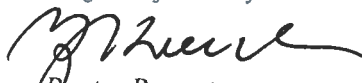
§ 7. Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2012 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2012 r. poz. 1422).

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

MINISTER ZDROWIA

2013 -07- 0 2

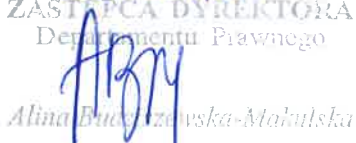
ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia



Beata Rorant

www.inforlex.pl

3.07.2013r.
ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Prawnego

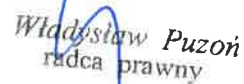


Alina Budziszewska-Makulska

3.07.2013r.

B. Lymowski

Za zgodność pod względem
prawnym i redakcyjnym
DYREKTOR
Departamentu Prawnego



Władysław Puzoń
radca prawny

Uzasadnienie

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), w którym minister właściwy do spraw zdrowia został zobowiązany do określenia w drodze rozporządzenia, wykazów oraz warunków realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych. Potrzeba wydania przedmiotowego rozporządzenia wynika z konieczności zmiany warunków wykonywania świadczeń gwarantowanych.

Zmiany dotyczą warunków realizacji poszczególnych programów zdrowotnych określonych w załączniku do projektowanego rozporządzenia. W projekcie rozporządzenia wprowadzono zmiany w części normatywnej oraz w załączniku. Po konsultacjach z Narodowym Funduszem Zdrowia usunięto pojęcie „doświadczenia”, przy czym w załączniku doprecyzowano, że osoby udzielające świadczeń powinny posiadać „udokumentowane odpowiednie doświadczenie”.

W lp. 1 Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP) - etap podstawowy, ze względu na fakt, że pielęgniarka nie może samodzielnie wykonać niektórych elementów świadczenia, pozostawiono możliwość udzielania świadczenia przez lekarza, przy czym realizacja świadczenia może odbywać się przy udziale posiadającej co najmniej ukończony kurs kwalifikacyjny pielęgniarstwa zachowawczego lub środowiskowego/rodzinnego lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Ponadto w Programie profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP) – etap specjalistyczny – zrezygnowano z wymogu posiadania spirometru, gdyż nie wykonuje się w tym etapie spirometrii oraz doprecyzowano możliwość skierowania przez lekarza udzielającego świadczenia do poradni pulmonologicznej celem dalszej diagnostyki POChP.

W lp. 2 Program profilaktyki raka szyjki macicy – etap diagnostyczny – doprecyzowano, że diagnosta laboratoryjny oprócz dokumentu potwierdzającego umiejętności w zakresie przeprowadzania badania mikroskopowego materiału pobranego z szyjki macicy powinien posiadać udokumentowane doświadczenie.

W lp. 3 Program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy – mammografia skryningowa obu piersi (każdej piersi w dwóch projekcjach) analogicznie do kwalifikacji osoby będącej członkiem personelu w etapie pogłębionej diagnostyki doprecyzowano konieczność posiadania przez tą osobę udokumentowanego szkolenia z zakresu jakości i odpowiedniego

doświadczenia w wykonywaniu zdjęć mammograficznych. Wprowadzono możliwość ponownego przystąpienie do postępowania konkursowego świadczeniodawców, którzy nie uzyskali pozytywnego wyniku audytu klinicznego po upływie 24 miesięcy. Z uwagi na fakt, że osoba wykonująca zdjęcia mammograficzne - technik elektroradiolog jest zawodem regulowanym, skrócony został opis członka personelu udzielającego świadczenia w etapie podstawowym i w etapie pogłębionej diagnostyki.

Doprecyzowano, że udział w Programie badań prenatalnych (lp.4) odbywa się na podstawie skierowania od lekarza prowadzącego ciążę. Dokonano poprawy pod względem merytorycznym pojęć używanych w programie badań prenatalnych.

W lp. 5 Ortodontyczna opieka nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki oraz w lp. 6 Leczenie dzieci ze śpiączką dokonano korekty redakcyjnej.

Projektowane rozporządzenie nie będzie powodować dodatkowych skutków finansowych dla Narodowego Funduszu Zdrowia i budżetu państwa, ponieważ nie uległy zmianie gwarancje państwa, co do udzielania aktualnie świadczeń oraz objętej nimi populacji.

Projektowane rozporządzenie wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia i zastąpi dotychczas obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2012 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 1422).

Projektowane rozporządzenie nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597) i w związku z tym nie podlega przedmiotowej notyfikacji. Z chwilą przekazania projektu rozporządzenia do konsultacji społecznych został umieszczony na stronach internetowych Biuletynu Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji oraz Ministerstwa Zdrowia.

Zakres projektu rozporządzenia nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Regulacja oddziałuje na świadczeniobiorców, ministra właściwego do spraw zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz na świadczeniodawców realizujących świadczenia lub ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń z zakresu programów

zdrowotnych.

2. Konsultacje społeczne

Projekt rozporządzenia został przesłany do konsultacji społecznych w szczególności następującym podmiotom:

- 1) Naczelnej Izbie Lekarskiej;
- 2) Naczelnej Izbie Pielęgniarek i Położnych;
- 3) Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych;
- 4) Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia;
- 5) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych;
- 6) Naczelnej Izbie Aptekarskiej;
- 7) Sekretariatowi Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”;
- 8) Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych;
- 9) Forum Związków Zawodowych;
- 10) Pracodawcom Rzeczypospolitej Polskiej;
- 11) Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych Lewiatan;
- 12) Business Centre Club;
- 13) Związkowi Lekarzy Dentystów – Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 14) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy Stomatologów Ubezpieczeń Zdrowotnych, Kas Chorych i Wolnopracujących;
- 15) Stowarzyszeniu Pacjentów Primum Non Nocere;
- 16) Instytutowi Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 17) Federacji Pacjentów Polskich.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) projekt rozporządzenia został zamieszczony na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Projektowane regulacje nie będą miały wpływu na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego, ponieważ rozporządzenie określa jedynie wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych.

Nowelizacja nie będzie także powodować dodatkowych skutków finansowych dla Narodowego Funduszu Zdrowia, ponieważ nie uległy zmianie gwarancje państwa, co do

udzielanych świadczeń oraz objętej nimi populacji.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia nie będą miały wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Projektowane regulacje nie będą miały wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia nie będą miały wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia i zmniejszenie ryzyka chorób

Projektowane rozporządzenie będzie miało wpływ na ochronę zdrowia ludzi. Zmiany zaproponowane w rozporządzeniu spowodują podwyższenie jakości udzielania świadczeń, zgodnie z aktualną wiedzą i zapewnią większe bezpieczeństwo pacjenta w trakcie ich udzielania.

WYKAZ ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH ORAZ WARUNKI ICH REALIZACJI

Lp.	Nazwa programu zdrowotnego	
1.	Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP)	
Zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych	
	Świadczeniobiorcy	Świadczeniodawcy
1	2	3
Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP) – etap podstawowy. Program obejmuje: I. Poradnictwo antytytoniowe: 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 na POChP, raka płuca, krztani 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 –	1. Kryteria kwalifikacji I. Poradnictwo antytytoniowe adresowane jest do osób powyżej 18. roku życia palących tytoń. II. W zakresie diagnostyki i profilaktyki POChP – kobiety i mężczyźni pomiędzy 40. a 65. rokiem życia (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia), którzy nie mieli wykonanych badań spirometrycznych w ramach programu profilaktyki POChP w okresie ostatnich 36 miesięcy, u których nie zdiagnozowano wcześniej, w sposób potwierdzony badaniem spirometrycznym, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (lub przewlekłego zapalenia oskrzeli lub rozedmy). 2. Wyłączenie z programu: 1) skierowanie świadczeniobiorcy (osoby ze średnim i wysokim stopniem motywacji do rzucenia palenia oraz wszystkie palące kobiety w ciąży) do etapu specjalistycznego programu wraz z przekazaniem kopii dokumentacji medycznej dotyczącej przebiegu etapu podstawowego programu – w przypadku niepowodzenia	1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny. 2. Warunki wymagane od świadczeniodawców: 1) personel: lekarz podstawowej opieki zdrowotnej posiadający udokumentowane umiejętności w leczeniu zespołu uzależnienia od tytoniu; Dopuszcza się możliwość realizowania świadczenia przy 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: a) aparat EKG, b) podstawowy zestaw reanimacyjny, c) pozostałe wyposażenie: – zestaw przeciwwstrząsowy, – waga medyczna ze wzrostomierzem, – zestaw do wykonywania zabiegów i opatrunków, – aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi, – stetoskop, – glukometr, – otoskop,

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; 7) prowadzenie terapii odwykowej zgodnie z ustalonym ze świadczeniobiorcą schematem postępowania. II. Diagnostyka i profilaktyka POChP: 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; 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; zwrócenie uwagi na szkodliwy wpływ	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.	– lodówka, – kozetka lekarska, – stolik zabiegowy, – szafka przeznaczona do przechowywania leków i wyrobów medycznych, – telefon, d) spirometr lub przystawka spirometryczna spełniająca następujące minimalne wymagania 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 FEV1/FVC w wielkości bezwzględnej, oraz wyrażonej jako procent wielkości należnej.
---	---	--

palenia biernego na zdrowie niepalących, szczególnie dzieci; 6) 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; 7) 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 odytoniowymi; 8) prowadzenie terapii odwykowej zgodnie z ustalonym ze świadczeniobiorcą schematem postępowania.		
Program profilaktyki chorób odytoniowych (w tym POChP) – etap specjalistyczny. Program obejmuje: 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 czas 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; 3) przeprowadzenie testów oceniających poziom uzależnienia od tytoniu, motywacji do zaprzestania palenia, depresji, objawów abstynencji; 4) badanie przedmiotowe:	Kryteria kwalifikacji Program jest adresowany do osób powyżej 18. roku życia uzależnionych od tytoniu (ICD-10: F17), skierowanych z etapu podstawowego programu, lub z oddziału szpitalnego oraz zgłaszających się bez skierowania. Świadczeniobiorca może być objęty leczeniem w ramach programu tylko raz.	1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny. 2. Warunki wymagane od świadczeniodawców: 1) personel: 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 uzależnień, o którym mowa w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r. poz. 124), 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 2012 r. poz. 1356) lub osoba prowadząca psychoterapię (osoba, która ukończyła studia wyższe i

pomiar masy ciała, wzrostu oraz ciśnienia tętniczego krwi; 5) badanie poziomu tlenu węgla w wydychanym powietrzu; 6) przeprowadzenie wywiadu dotyczącego chorób współistniejących; 7) osobom pomiędzy 40. a 65. rokiem życia (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia), którzy nie mieli wykonanych badań spirometrycznych w ramach programu profilaktyki POChP w okresie ostatnich 36 miesięcy, u których nie zdiagnozowano wcześniej, w sposób potwierdzony badaniem spirometrycznym, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (lub przewlekłego zapalenia oskrzeli lub rozedmy) należy zapewnić kontynuację badań diagnostycznych w zakresie badania spirometrycznego lub rtg klatki piersiowej; 8) przeprowadzenie edukacji świadczeniobiorców, praktyczne porady dla osób palących tytoń, 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; 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; 9) ustalenie wskazań i przeciwwskazań do farmakoterapii lub terapii psychologicznej (lekarz specjalista); 10) ustalenie wskazań i przeciwwskazań do terapii		szkolenie w zakresie psychoterapii), zwana dalej „osobą prowadzącą psychoterapię uzależnień”, c) pielęgniarka lub położna przeszkolona w zakresie leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu; 2) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: a) aparat do pomiaru ciśnienia krwi, b) aparat do pomiaru stężenia tlenu węgla w wydychanym powietrzu, c) waga lekarska ze wzrostomierzem.
--	--	--

psychologicznej indywidualnej lub grupowej (osoba prowadząca psychoterapię uzależnień); 11) zaplanowanie schematu leczenia uzależnienia od tytoniu (w tym farmakoterapia lub terapia psychologiczna indywidualna lub grupowa i jego realizacja).			
Lp.	Nazwa programu zdrowotnego		
2.	Program profilaktyki raka szyjki macicy		
Zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych		
	Świadczeniobiorcy	Świadczeniodawcy	
1	2	3	
Program profilaktyki raka szyjki macicy – etap podstawowy – pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego.	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). 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.	1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny w pracowni stacjonarnej lub mobilnej. 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 profilaktyki raka szyjki macicy, wydany po 31 grudnia 2010 r., lub - dokument potwierdzający ukończenie kursu doszkalcającego przeprowadzonego przez Centralny Ośrodek Koordynujący lub Wojewódzki Ośrodek Koordynujący w zakresie umiejętności pobierania rozmazów cytologicznych dla potrzeb programu profilaktyki raka szyjki macicy; d) położna podstawowej opieki	

		zdrowotnej posiadająca: - dokument potwierdzający pozytywny wynik egzaminu przeprowadzonego przez Centralny Ośrodek Koordynujący w zakresie umiejętności pobierania rozmazów cytologicznych dla potrzeb programu profilaktyki raka szyjki macicy, wydany po 31 grudnia 2010 r., lub - dokument potwierdzający ukończenie kursu kształcącego przeprowadzonego przez Centralny Ośrodek Koordynujący lub Wojewódzki Ośrodek Koordynujący w zakresie umiejętności pobierania rozmazów cytologicznych dla potrzeb programu profilaktyki raka szyjki macicy; 2) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: a) wziernik jednorazowy, b) jednorazowa szczoteczka umożliwiająca pobranie rozmazu jednocześnie z tarczy części pochwowej oraz z kanału szyjki macicy, c) fotel ginekologiczny.
Program profilaktyki raka szyjki macicy – etap diagnostyczny – badanie mikroskopowe materiału z szyjki macicy – wynik badania cytologicznego wymazu z szyjki macicy jest sformułowany według Systemu Bethesda 2001.	1. Kryteria kwalifikacji Badania wykonuje się: 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). 2. Wyłączenie z programu: 1) rozpoznanie nowotworu złośliwego szyjki macicy; 2) skierowane (poza programem) do dalszej diagnostyki lub leczenia, w przypadku rozpoznania nowotworu szyjki macicy lub innego schorzenia	1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny. 2. Warunki wymagane od świadczeniodawców: 1) medyczne laboratorium diagnostyczne wpisane do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych lub zakład patomorfologii posiadający pracownię cytologiczną; 2) personel: a) lekarz specjalista patomorfologii lub anatomii patologicznej, b) diagności 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:

	wymagającego leczenia specjalistycznego w zakresie onkologii. Po zakończeniu kontroli onkologicznej (decyzję podejmuje lekarz prowadzący leczenie onkologiczne) kobiety spełniające kryteria kwalifikacji do programu ponownie zostają objęte programem.	mikroskopy wysokiej jakości, umożliwiające uzyskanie powiększenia co najmniej 400 razy.
Program profilaktyki raka szyjki macicy – etap pogłębionej diagnostyki – kolposkopia lub kolposkopia z celowanym pobraniem wycinków i badaniem histopatologicznym.	1. Kryteria kwalifikacji Skierowanie z etapu podstawowego programu. 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.	1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny. 2. Warunki wymagane od świadczeniodawców: 1) personel: 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; 2) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: a) kolposkop, b) zestaw do pobierania wycinków; 3) inne wymagania: a) zapewnienie dostępu do badań histopatologicznych, b) w przypadku rozpoznania nowotworu wymagane jest zgłaszanie do regionalnego rejestru nowotworów uzyskanych dodatnich wyników badań na kartach zgłoszenia nowotworu złośliwego Mz/N1-a z dopiskiem „S” (skrining).
Lp.	Nazwa programu zdrowotnego	
3.	Program profilaktyki raka piersi	
Zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych	
	Świadczeniobiorcy	Świadczeniodawcy
1	2	3
Program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy – mammografia skryningowa obu piersi (każdej piersi w dwóch projekcjach).	1. Kryteria kwalifikacji Badania wykonuje się: 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	1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny w pracowni stacjonarnej lub mobilnej. 2. Warunki wymagane od świadczeniodawców: 1) personel: a) lekarz specjalista radiologii lub

	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. 2. Wyłączenie z programu Programem nie mogą być objęte kobiety, u których już wcześniej zdiagnozowano zmiany nowotworowe o charakterze złośliwym w piersi.	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; 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 wojewódzki ośrodek koordynujący populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi, a w przypadku negatywnego wyniku kontroli jakości badań mammograficznych – dostarczenie do wojewódzkiego ośrodka koordynującego protokołu serwisu o usunięciu stwierdzonych nieprawidłowości; 4) pozytywny wynik audytu klinicznego zdjęć mammograficznych, przeprowadzanego co roku przez niezależny ośrodek audytorski na podstawie zdjęć mammograficznych przesłanych do wojewódzkiego ośrodka koordynującego. Do celu audytu mammografii cyfrowych – MC, świadczeniodawca zobowiązany jest do wysłania zestawu zdjęć zarchiwizowanych na płytach CD. Dodatkowo świadczeniodawca wysyła wydrukowane zdjęcia mammograficzne w formacie
--	---	--

		rzeczywistym; 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; 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. Dopuszcza się możliwość ponownego przystąpienia świadczeniodawcy do postępowania konkursowego nie wcześniej niż po upływie 24 miesięcy od daty negatywnego wyniku audytu klinicznego zdjęć mammograficznych.
Program profilaktyki raka piersi – etap pogłębionej diagnostyki. Program obejmuje: 1) poradę lekarską, stanowiącą cykl następujących zdarzeń: a) skierowanie na niezbędne badania w ramach realizacji programu, b) ocenę wyników przeprowadzonych badań i postawienie rozpoznania; 2) wykonanie mammografii uzupełniającej lub	Kryteria kwalifikacji Skierowanie z etapu podstawowego programu.	1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny. 2. Warunki wymagane od świadczeniodawców: 1) dla mammografii uzupełniającej: a) personel: – lekarz specjalista radiologii lub rentgenodiagnostyki, lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej, lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie radiologii lub rentgenodiagnostyki, lub

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); 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 5) wykonanie biopsji gruboigłowej – biopsja gruboigłowa piersi przezskórna z pełną diagnostyką (badanie histopatologiczne) z użyciem technik obrazowych w przypadku nieprawidłowości stwierdzonych w badaniu mammograficznym lub USG; 6) podjęcie decyzji dotyczącej dalszego postępowania.		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, b) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: mammograf o parametrach nie niższych niż do mammografii skryningowej obu piersi*; 2) dla badania USG piersi: a) personel: – 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, b) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: – 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; 3) dla biopsji cienkoigłowej z użyciem technik obrazowych: a) personel: – 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, b) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: zestaw do wykonywania biopsji cienkoigłowej (BAC); 4) dla biopsji gruboigłowej z użyciem technik obrazowych: a) personel: – 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, b) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: zestaw do wykonywania biopsji gruboigłowej, c) inne wymagania: dostęp do badań histopatologicznych.
Lp.	Nazwa programu zdrowotnego	
4.	Program badań prenatalnych	
Zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych	
	Świadczeniobiorcy	Świadczeniodawcy
1	2	3
Program badań prenatalnych – poradnictwo i badania biochemiczne. Program obejmuje badania: 1) estriol; 2) α-fetoproteina (AFP); 3) gonadotropina kosmówkowa – podjednostka beta (β-HCG); 4) białko PAPP-A – osoczowe białko ciążowe A z komputerową oceną ryzyka wystąpienia choroby płodu.	Kryteria kwalifikacji Badania wykonuje się u kobiet w ciąży, spełniających co najmniej jedno z poniższych kryteriów: 1) wiek od 35 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia); 2) wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka; 3) stwierdzenie wystąpienia	1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny. 2. Warunki wymagane od świadczeniodawców: 1) laboratorium wpisane do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych; 2) badania wykonuje się z zastosowaniem certyfikowanych odczynników i aparatury spełniających

	strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka; 4) stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenowo lub wieloczynnikową; 5) stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu. Do udziału w programie wymagane jest skierowanie od lekarza prowadzącego ciążę.	obowiązujące standardy i rekomendacje w dziedzinie oceny testów biochemicznych wykonywanych w diagnostyce prenatalnej.
Program badań prenatalnych – poradnictwo i USG płodu w kierunku diagnostyki wad wrodzonych.	Kryteria kwalifikacji Badania wykonuje się u kobiet w ciąży, spełniających co najmniej jedno z poniższych kryteriów: 1) wiek powyżej 35 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia); 2) wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka; 3) stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka; 4) stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenowo lub wieloczynnikową; 5) stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu.	1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny. 2. Warunki wymagane od świadczeniodawców: 1) personel: co najmniej dwóch lekarzy (w tym co najmniej jeden z kwalifikacjami określonymi w lit. a): a) lekarz specjalista położnictwa i ginekologii, który posiada udokumentowane umiejętności w zakresie badań ultrasonograficznych, 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; 2) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: 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, b) komputer wraz z oprogramowaniem certyfikowanym, umożliwiającym kalkulację ryzyka wystąpienia aneuploidii zgodnie z kryteriami określonymi przez obowiązujące standardy i rekomendacje, wraz z aktualną licencją, c) program komputerowy

		obliczający ryzyko aberracji chromosomalnych wraz z aktualną licencją.
Program badań prenatalnych – poradnictwo i badania genetyczne. 1) klasyczne badania cytogenetyczne (techniki prążkowe – prążki GTG, CBG, Ag-NOR, QFQ, RBG i wysokiej rozdzielczości HRBT z analizą mikroskopową chromosomów); 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); 3) badania metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, SSCP, HD, sekwencjonowanie i inne) dobranymi w zależności od wielkości i rodzaju mutacji.	Kryteria kwalifikacji Badania wykonuje się u kobiet w ciąży, spełniających co najmniej jedno z poniższych kryteriów: 1) wiek powyżej 35 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia); 2) wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka; 3) stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka; 4) stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenowo lub wieloczynnikową; 5) stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu.	1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny. 2. Warunki wymagane od świadczeniodawców: 1) laboratorium wpisane do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych; 2) personel: a) lekarz specjalista genetyki klinicznej, b) diagnosta laboratoryjny ze specjalizacją laboratoryjnej genetyki medycznej; 3) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: a) mikroskop, b) termocykler, c) wirówka preparacyjna, d) pipeta automatyczna.
Program badań prenatalnych – pobranie materiału płodowego do badań genetycznych (amniopunkcja lub biopsja trofoblastu lub kordocenteza).	Kryteria kwalifikacji Badania wykonuje się u kobiet w ciąży, spełniających co najmniej jedno z poniższych kryteriów: 1) wiek powyżej 35 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia); 2) wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka; 3) stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka; 4) stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenowo lub wieloczynnikową; 5) stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady	1. Tryb realizacji świadczenia: 1) ambulatoryjny; 2) szpitalny. 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 posiadający zaświadczenie kierownika specjalizacji potwierdzające umiejętności w tym zakresie; 2) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: zestaw do pobierania materiału płodowego.

	płodu.	
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
Program Ortodontyczna opieka nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki obejmuje 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.	1. Kryteria kwalifikacji Do leczenia w ramach programu kwalifikuje się świadczeniobiorców: 1) z całkowitym jedno- lub obustronnym rozszczepem podniebienia, zgodnie z następującymi kryteriami kwalifikacyjnymi: a) w okresie przedoperacyjnym: szeroka szczelina, znacznie wysunięta kość przysieczna, 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; 2) z rozszczepem podniebienia pierwotnego obustronnym Q36.0, pośrodkowym Q36.1, jednostronnym Q36.9, zgodnie z następującymi kryteriami kwalifikacyjnymi: a) odwrotny nagryz poziomy pojedynczych siekaczy lub zgryz krzyżowy (boczny), b) miernie nasilony odwrotny nagryz poziomy siekaczy i zębów bocznych, c) znacznie nasilony odwrotny nagryz poziomy siekaczy, odwrotny nagryz zębów bocznych i zgryz otwarty; 3) z innymi wadami wrodzonymi części twarzowej czaszki: 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,	1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny. 2. Dziedzina medycyny: stomatologia – ortodoncja. 3. Warunki wymagane od świadczeniodawców: 1) personel: a) nie mniej niż 1 lekarz dentysta specjalista ortodoncji, b) nie mniej niż 1 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 2 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, c) zapewnienie dostępu do: – lekarza specjalisty chirurgii szczękowej lub chirurgii szczękowo-twarzowej, lub chirurgii stomatologicznej, – lekarza specjalisty chirurgii plastycznej, – lekarza specjalisty audiologii i foniatrii, lub audiologii oraz foniatrii, – osoby, która 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

	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), b) stwierdzone wady zgryzu zakwalifikowane do 5 stopnia zaburzeń na podstawie wskaźnika okluzyjnego (IOTN), zgodnie z następującymi kryteriami kwalifikacyjnymi: - 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; 4) pacjenci, którzy ukończyli 18. rok życia, mogą kontynuować leczenie w przypadku udokumentowanego leczenia podjętego w ramach: 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 b) programu ortodontycznej opieki nad dziećmi	podyplomowe z logopedii; 2) organizacja udzielania świadczeń: poradnia ortodontyczna: 6 godzin dziennie - 5 dni w tygodniu, w tym 1 dzień do godziny 18; 3) dostęp do badań: dostęp do badań RTG lub radiowizjografii; 4) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: stanowisko stomatologiczne (fotel, przystawka turbinowa, mikrosilnik, lampa bezcieniowa) lub unit stomatologiczny - w miejscu udzielania świadczeń.
--	--	---

	z całkowitym rozszczepem podniebienia pierwotnego lub wtórnego, lub c) programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki, realizowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia, począwszy od 2004 r. 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. 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. 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. 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 gruboślukowe lub maska Delaire'a. Od 11. roku życia: Leczenie wad zgryzu zdejmowanymi aparatami czynnymi i aparatami stałymi.	
--	---	--

		Rehabilitacja protetyczna (wrodzone braki zębów).		
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
Program Leczenie dzieci ze śpiączką obejmuje kompleksowy sposób postępowania z pacjentem w stanie śpiączki i zgodnie z zaleceniami zespołu terapeutycznego obejmuje: 1) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy; 2) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki; 3) badania zlecone przez lekarza; 4) leczenie farmakologiczne; 5) leczenie bólu; 6) leczenie spastyczności przy zastosowaniu toksyny botulinowej; 7) leczenie innych objawów somatycznych; 8) opiekę psychologiczną nad świadczeniobiorcą i jego rodziną; 9) rehabilitację; 10) zapobieganie powikłaniom; 11) żywienie dojelitowe i pozajelitowe; 12) zaopatrzenie w wyroby medyczne i środki pomocnicze konieczne do wykonania świadczenia gwarantowanego.		1. Skierowanie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego na leczenie wynikające z programu bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji, (jako kontynuacja leczenia szpitalnego). 2. Kwalifikacji świadczeniobiorców do programu dokonuje zespół terapeutyczny na podstawie skierowania, w oparciu o następujące kryteria kwalifikacji: 1) pacjent od 6 do 8 punktów w skali Glasgow (GSC); 2) pozostawanie w stanie śpiączki w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od momentu urazu lub 6 miesięcy od momentu wystąpienia śpiączki nieurazowej; 3) stabilność podstawowych parametrów życiowych; 4) stabilność oddechu bez wspomagania mechanicznego; 5) wiek pacjenta od 2. do 18. roku życia (nieukończone 18 lat w momencie przyjęcia). 3. Określenie czasu leczenia w programie: 1) decyzję o czasie leczenia podejmuje zespół terapeutyczny w oparciu o kryteria medyczne; 2) czas leczenia w programie nie powinien trwać dłużej niż 12 miesięcy od rozpoczęcia programu; 3) w wyjątkowych przypadkach, jeżeli		1. Tryb realizacji świadczenia – stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne. 2. Warunki wymagane od świadczeniodawców – realizacja świadczeń wymaga powołania indywidualnego zespołu terapeutycznego dla każdego pacjenta. 3. Personel medyczny w przeliczeniu na 15 łóżek: 1) równoważnik co najmniej 2 etatów - lekarz specjalista neurologii lub neurologii dziecięcej oraz lekarz specjalista rehabilitacji medycznej lub rehabilitacji w chorobach narządów ruchu, lub rehabilitacji ogólnej; 2) równoważnik co najmniej 16 etatów pielęgniarek, w tym pielęgniarki specjalistki lub z ukończonym kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa: a) pediatrycznego lub b) opieki długoterminowej lub, c) przewlekłe chorych i niepełnosprawnych - lub w trakcie odbywania tych specjalizacji lub kursów; 3) równoważnik co najmniej 1 etatu: a) osoby, która uzyskała w polskiej uczelni dyplom magistra psychologii lub uzyskała za granicą wykształcenie uznane za równorzędne w Rzeczypospolitej Polskiej z dyplomem magistra psychologii,

	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. 4. Monitorowane efektów leczenia: 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; 2) w wyniku przeprowadzonego monitorowania, zespół terapeutyczny podejmuje decyzję w zakresie zakończenia lub kontynuacji leczenia, w tym o ewentualnym wydłużeniu leczenia w programie.	b) osoby, 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; 4) równoważnik co najmniej 5 etatów: a) osoba, która 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 b) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe na kierunku rehabilitacja ruchowa i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku, lub c) 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 d) 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 e) 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 ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy technik fizjoterapii, w tym osoba realizująca zabiegi masażu. 4. Udokumentowane zapewnienie dostępu do konsultacji z zakresu: 1) anestezjologii i intensywnej terapii lub anestezjologii, lub anestezjologii i reanimacji; 2) audiologii i foniatrii; 3) chirurgii dziecięcej; 4) okulistyki; 5) pediatrii; 6) psychiatrii; 7) urologii lub urologii dziecięcej; 8) ortopedii. 5. Organizacja udzielania świadczeń: 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: - anestezjologii i intensywnej terapii, - chirurgii, - ortopedii, - gastrologii, - neurologii; 4) w sali chorego zapewnia się bezpłatnie miejsce noclegowe dla rodzica lub opiekuna z możliwością przebywania z dzieckiem podczas realizacji programu. 6. Sprzęt medyczny i pomocniczy: 1) łóżka szpitalne (zwykłe i łamane) o regulowanej wysokości, wyposażone w ruchome barierki zabezpieczające przed wypadnięciem, zawierające oprzyrządowanie do rehabilitacji; 2) materace przeciwoodleżynowe oraz inny sprzęt przeciwoodleżynowy; 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 1 na każde rozpoczęte 5 łóżek; 5) ssak elektryczny w liczbie co najmniej 1 na każde rozpoczęte 3 łóżka; 6) inhalatory co najmniej 1 na każde rozpoczęte 5 łóżek; 7) pompy strzykawkowe w liczbie co najmniej 1 na każde rozpoczęte 5 łóżek; 8) pompy objętościowe w liczbie co najmniej 1 na każde rozpoczęte 5 łóżek; 9) waga łózkowa 1; 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. 7. Wyposażenie gabinetu rehabilitacyjnego co najmniej: 1) stoły rehabilitacyjne, 2) stoły pionizacyjne, 3) zestawy do ćwiczeń biernych, 4) aparaty do fizykoterapii, 5) wanny do masażu wirowego. 8. Zapewnienie dostępu do badań: Zapewnienie dostępu do badań umożliwiających monitorowanie stanu pacjenta zgodnie z kryteriami określonymi przez zespół.
--	--	--

*) 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) przezierna osłona stanowiska technika z materiału o ekwiwalencji co najmniej 0,5 mm Pb;
- 11) szkło powiększające 5x 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) sensytometr (powtarzalność naświetlania $\pm 2\%$),
 - b) densytometr (dokładność odczytu $\pm 0,02$ dla gęstości optycznej 1,0; powtarzalność odczytu $\pm 1\%$): preferencje dla densytometrów z możliwością punkowego 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 $\pm 0,3^{\circ}\text{C}$, powtarzalność $\pm 0,1^{\circ}\text{C}$),
 - h) test przylegania błona - folia wzmacniająca,
 - i) miernik siły kompresji piersi (dokładność wskazań $\pm 10\%$, powtarzalność $\pm 5\%$).
- 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. 1,3MP),
 - 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, (5MP),
 - 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 wspomagania 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 wykonywana jest tylko mammografia uzupełniająca;
 - 5) stosowanie się do wszystkich aktualnie obowiązujących klinicznych kryteriów jakości obrazu;
 - 6) stosowanie się do aktualnie obowiązujących zaleceń dotyczących dawek promieniowania.