

**ZARZĄDZENIE NR 89/2023/DSOZ
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 15 czerwca 2023 r.

zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn.zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W zarządzeniu Nr 111/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 września 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne (z późn. zm.²⁾), wprowadza się następujące zmiany:

- 1) załącznik nr 1 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia;
- 2) załącznik nr 7 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia.

§ 2. Zarządzenie wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia podpisania.

**PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Filip Nowak
Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
/dokument podpisano elektronicznie/

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, 2674 i 2770 oraz z 2023 r. poz. 605, 650 i 658.

²⁾ Zmienione zarządzeniem Nr 139/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 października 2022 r.

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr 89/2023/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 15 czerwca 2023 r.

PROGRAMY ZDROWOTNE - PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE - KATALOG ZAKRESÓW I ŚWIADCZEŃ

L. p.	Kod zakresu świadczeń	Nazwa zakresu świadczeń	Kod świadczenia	Nazwa świadczenia	Waga punktowa świadczenia
1	10.7000.156.02	PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY - ETAP DIAGNOSTYCZNY	5.12.00.0000006	PROCEDURA DIAGNOSTYCZNA W PROGRAMIE PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY	2,63
2	10.0000.156.02	PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY - ETAP POGŁĘBIONEJ DIAGNOSTYKI	5.12.00.0000052	KOLPOSKOPIA	11,00
			5.12.00.0000053	KOLPOSKOPIA Z CELOWANYM POBRANIEM WYCINKÓW I BADANIEM HISTOPATOLOGICZNYM	31,00
3a	10.7940.158.02	PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI - ETAP PODSTAWOWY - w pracowni stacjonarnej	5.12.00.0000066	PORADA NA ETAPIE PODSTAWOWYM PROGRAMU PROFILAKTYKI RAKA PIERSI – w pracowni stacjonarnej	9,45
3b	10.7940.159.02	PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI - ETAP PODSTAWOWY - w pracowni mobilnej	5.12.00.0000067	PORADA NA ETAPIE PODSTAWOWYM PROGRAMU PROFILAKTYKI RAKA PIERSI – w pracowni mobilnej	9,45
4	10.0000.157.02	PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI - ETAP POGŁĘBIONEJ DIAGNOSTYKI	5.12.00.0000054	PORADA NA ETAPIE POGŁĘBIONEJ DIAGNOSTYKI PROGRAMU PROFILAKTYKI RAKA PIERSI	2,10
			5.12.00.0000055	MAMMOGRAFIA UZUPEŁNIAJĄCA	7,35
			5.12.00.0000056	USG PIERSI	5,25
			5.12.00.0000061	BIOPSJA CIENKOIGŁOWA JEDNEJ ZMIANY OGNISKOWEJ Z UŻYCIEM TECHNIKI OBRAZOWEJ, Z BADANIEM CYTOLOGICZNYM (2-4 ROZMAZY; KONIECZNA DOKUMENTACJA FOTOGRAFICZNA KOŃCA IGŁY W NAKŁUWANEJ ZMIANIE)	15,00
			5.12.00.0000062	BIOPSJA GRUBOIGŁOWA PIERSI PRZEZSKÓRNA Z PEŁNĄ DIAGNOSTYKĄ (BADANIE HIST.-PAT.) Z UŻYCIEM TECHNIK OBRAZOWYCH	31,50
5	10.4450.159.02	PROGRAM BADAŃ PRENATALNYCH	5.19.00.0000025	PORADA GENETYCZNA - PROGRAM NFZ	6,30

			5.19.00.0000002	BADANIA BIOCHEMICZNE - AFP	7,35
			5.19.00.0000003	BADANIA BIOCHEMICZNE - PAP P-A	16,80
			5.19.00.0000004	BADANIA BIOCHEMICZNE - BETA-HCG	5,25
			5.19.00.0000005	BADANIA BIOCHEMICZNE - ESTRIOL	5,25
			5.19.00.0000033	BADANIE ULTRASONOGRAFICZNE I TRYMESTRU	28,35
			5.19.00.0000034	BADANIE ULTRASONOGRAFICZNE II TRYMESTRU	28,35
			5.19.00.0000026	BADANIA GENETYCZNE OBEJMUJĄCE CYTOGENETYCZNĄ, MOLEKULARNĄ I BIOCHEMICZNĄ OCENĘ MATERIAŁU PŁODOWEGO - PROGRAM NFZ	126,00
			5.19.00.0000027	AMNIOPUNKCJA - PROGRAM NFZ	31,50
			5.19.00.0000028	BIOPSJA TROFOBLASTU - PROGRAM NFZ	31,50
			5.19.00.0000029	KORDOCENTEZA - PROGRAM NFZ	31,50
			5.19.00.0000039	PODANIE IMMUNOGLOBULINY ANTY-RhD PACJENTCE RhD-UJEMNEJ po inwazyjnej diagnostyce prenatalnej. Świadczenie polega na podaniu immunoglobuliny anty-RhD zgodnie z aktualnymi zaleceniami konsultantów krajowych w dziedzinie położnictwa i ginekologii, transfuzjologii klinicznej oraz perinatologii. Świadczenie rozliczane na podstawie faktury (konieczność udokumentowania zakupu fakturą/ rachunkiem). Obejmuje koszt immunoglobuliny anty-RhD, w wysokości nieprzekraczającej urzędowej ceny zbytu dla dawki 50 mcg/ml określonej w załączniku do obowiązującego obwieszczenia Ministra Zdrowia*) z uwzględnieniem przepisów art. 9 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 826). Wymagane wskazanie procedury wg ICD-9 - 99.111.	1,00
5a	10.1450.159.02	PROGRAM BADAŃ PRENATALNYCH - część położniczo-ginekologiczna	5.19.00.0000002	BADANIA BIOCHEMICZNE - AFP	7,35
			5.19.00.0000003	BADANIA BIOCHEMICZNE - PAP P-A	16,80
			5.19.00.0000004	BADANIA BIOCHEMICZNE - BETA-HCG	5,25
			5.19.00.0000005	BADANIA BIOCHEMICZNE - ESTRIOL	5,25
			5.19.00.0000033	BADANIE ULTRASONOGRAFICZNE I TRYMESTRU	28,35
			5.19.00.0000034	BADANIE ULTRASONOGRAFICZNE II TRYMESTRU	28,35
			5.19.00.0000027	AMNIOPUNKCJA - PROGRAM NFZ	31,50

			5.19.00.0000028	BIOPSJA TROFOBLASTU - PROGRAM NFZ	31,50
			5.19.00.0000029	KORDOCENTEZA - PROGRAM NFZ	31,50
			5.19.00.0000039	PODANIE IMMUNOGLOBULINY ANTY-RhD PACJENTCE RhD-UJEMNEJ po inwazyjnej diagnostyce prenatalnej. Świadczenie polega na podaniu immunoglobuliny anty-RhD zgodnie z aktualnymi zaleceniami konsultantów krajowych w dziedzinie położnictwa i ginekologii, transfuzjologii klinicznej oraz perinatologii. Świadczenie rozliczane na podstawie faktury (konieczność udokumentowania zakupu fakturą/ rachunkiem). Obejmuje koszt immunoglobuliny anty-RhD, w wysokości nieprzekraczającej urzędowej ceny zbytu dla dawki 50 mcg/ml określonej w załączniku do obowiązującego obwieszczenia Ministra Zdrowia*) z uwzględnieniem przepisów art. 9 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 826). Wymagane wskazanie procedury wg ICD-9 - 99.111.	1,00
5b	10.1210.159.02	PROGRAM BADAŃ PRENATALNYCH - część genetyczna	5.19.00.0000025	PORADA GENETYCZNA - PROGRAM NFZ	6,30
			5.19.00.0000026	BADANIA GENETYCZNE OBEJMUJĄCE CYTOGENETYCZNĄ, MOLEKULARNĄ I BIOCHEMICZNĄ OCENĘ MATERIAŁU PŁODOWEGO - PROGRAM NFZ	126,00
6	10.0010.162.02	PROGRAM PROFILAKTYKI CHORÓB ODTYTONIOWYCH (W TYM POCHP) - ETAP PODSTAWOWY	5.01.00.0000049	PORADNICTWO ANTYNIKOTYNOWE	2,94
			5.01.00.0000050	PORADNICTWO ANTYNIKOTYNOWE Z WYKONANIEM BADANIA SPIROMETRYCZNEGO	6,41
7	10.0000.163.02	PROGRAM PROFILAKTYKI CHORÓB ODTYTONIOWYCH (W TYM POCHP) - ETAP SPECJALISTYCZNY	5.12.00.0000064	PORADA WSTĘPNA NA ETAPIE SPECJALISTYCZNYM	9,70
			5.12.00.0000065	PORADA KONTROLNA NA ETAPIE SPECJALISTYCZNYM (po 3, 6, 12 m-cach)	6,47
			5.12.00.0000016	PORADA KONTROLNA W CYKLU LECZENIA FARMAKOLOGICZNEGO	6,47
			5.12.00.0000017	PORADA KONTROLNA W CYKLU PSYCHOTERAPII GRUPOWEJ LUB INDYWIDUALNEJ	6,47
			5.12.00.0000059	SESJA PSYCHOTERAPII GRUPOWEJ (UDZIAŁ 1 OSOBY)	3,23
			5.12.00.0000018	SESJA PSYCHOTERAPII INDYWIDUALNEJ	12,93
8	10.7910.155.02	PROGRAM BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA	5.12.00.0000068	KOLONOSKOPIA DIAGNOSTYCZNA W PROGRAMIE BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO	37,5
			5.12.00.0000069	KOLONOSKOPIA DIAGNOSTYCZNA Z BIOPSJĄ (Z	54,0

		GRUBEGO		BADANIEM HIST-PAT) W PROGRAMIE BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO	
			5.12.00.0000070	KOLONOSKOPIA Z POLIPEKTOMIĄ JEDNEGO LUB WIĘCEJ POLIPÓW DO 15 MM DŁUGOŚCI, ZA POMOCĄ PĘTLI DIATERMICZNEJ (Z BADANIEM HIST-PAT) W PROGRAMIE BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO	115,1
			5.12.00.0000071	ZNIECZULENIE (SEDACJA) Z UDZIAŁEM ANESTEZJOLOGA W PROGRAMIE BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO	19,4
			5.12.00.0000072	KONSULTACJA WYNIKÓW Z WYDANIEM DAJSZYCH ZALECEŃ PACJENTOWI W PROGRAMIE BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO	4,7
			5.12.00.0000073	KONSULTACJA W ZAKRESIE KWALIFIKACJI DO ZNIECZULENIA (SEDACJI) W PROGRAMIE BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO**	8,5

*) Obwieszczenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, dla których ustalono urzędową cenę zbytu.

**) Rozliczeniu podlega porada, która odbyła się co najmniej 2 dni przed datą wykonania badania.

WARUNKI FINANSOWANIA PROGRAMU BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO

1. Opis problemu zdrowotnego

Analizy publikowane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) wykazują, że nowotwory złośliwe w 2030 r. będą stanowiły na świecie główną przyczynę zgonów. Pomimo rozwijających się w kraju specjalistycznych ośrodków onkologicznych, realizacji Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych i coraz liczniejszych programów lekowych zjawisko to dotyczy będzie również Rzeczypospolitej Polskiej. Rak jelita grubego stanowi obecnie drugą pozycję (po raku płuca) wśród wszystkich zapadalności na nowotwory w populacji polskiej i drugą w grupie onkologicznych przyczyn zgonów. Analiza krajowych trendów epidemiologicznych pochodzących z ostatnich 40 lat wskazuje, że nowotwór jelita grubego zajmuje bardzo wysokie miejsce, jeśli chodzi o częstość zapadalności u obu płci – drugie wśród kobiet i trzecie wśród mężczyzn. Jest więc jednym z najistotniejszych epidemiologicznie problemów w populacji, a także dużym wyzwaniem dla opieki zdrowotnej.

2. Cel programu

Celem programu jest zapewnienie nie tylko spadku umieralności świadczeniobiorców dzięki możliwości wykrywania wczesnych bezobjawowych postaci raka poprzez wykonanie kolonoskopii przesiewowej, ale także spadek zapadalności – czyli liczby nowych nowotworów w przyszłości dzięki usuwaniu polipów w trakcie badania przesiewowego

3. Kryterium wyłączenia z programu

Kryteriami wyłączenia są:

- 1) objawy kliniczne sugerujące istnienie raka jelita grubego;
- 2) kolonoskopia wykonana w ostatnich 10 latach.

4. Populacja, do której skierowany jest program

Zgodnie z l.p. 8 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych.

5. Zasady objęcia programem

Do udziału w programie nie jest wymagane skierowanie. Akcję informacyjną o programie prowadzą świadczeniodawcy realizujący program.

Kwalifikacji do programu przeprowadza się poprzez przeprowadzenie ankiety kwalifikacyjnej do programu, której wzór stanowi załącznik do niniejszego załącznika oraz która jest rejestrowana w systemie informatycznym udostępnionym przez Fundusz. Podpisany wydruk ankiety kwalifikacyjnej należy dołączyć do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

W ramach kwalifikacji pacjenta do programu, świadczeniodawca jest zobowiązany do:

- poinformowania pacjenta o celu badania i jego znaczeniu,
- poinformowania pacjenta o procesie przygotowania się do badania (instruktaż dotyczący diety i schematu przyjmowania preparatu do oczyszczania jelit),
- wydania pacjentowi preparatu oczyszczającego jelito oraz instrukcji jego zastosowania,
- poinformowania pacjenta o przebiegu badania, przeciwwskazaniach do badania i możliwych skutkach ubocznych.

Badanie w znieczuleniu miejscowym (z zastosowaniem żelu znieczulającego) przysługuje każdemu pacjentowi, który nie ma do tego przeciwwskazań medycznych.

Dostęp do badania w znieczuleniu ogólnym (sedacji) przysługuje pacjentom:

- po przebytych rozległych operacjach w obrębie jamy brzusznej, zwłaszcza operacjach ginekologicznych, w tym cięciach cesarskich i operacjach będących wynikiem powikłań medycznych,
- po niepełnych lub bardzo bolesnych badaniach endoskopowych jelita grubego w przeszłości,
- świadczeniobiorcom, którzy zgłaszają u świadczeniodawcy duży lęk przed wykonaniem badania.

W ramach kwalifikacji pacjenta do znieczulenia, świadczeniodawca jest zobowiązany do wykonania pacjentowi niezbędnych badań diagnostycznych.

Świadczenie znieczulenia podlega rozliczeniu w przypadku jego realizacji z udziałem anestezjologa.

W ramach programu przesiewowego raka jelita grubego dopuszcza się nie więcej niż 3% badań bez uwidocznienia dna kątnicy i proksymalnego fałdu zastawki Bauhina.

Świadczeniodawca jest zobowiązany do prowadzenia elektronicznej sprawozdawczości w zakresie prowadzonych badań i ich wyników w systemie informatycznym udostępnionym przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

6. Warunki finansowania świadczeń

Świadczeniodawca obowiązany jest posiadać dostęp do Internetu umożliwiający prowadzenie elektronicznej sprawozdawczości realizacji programu w oparciu o narzędzie informatyczne udostępnione przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Zarejestrowanie świadczeniobiorcy w systemie informatycznym powinno nastąpić nie później niż w dniu badania.

Świadczenie realizowane jest w trybie ambulatoryjnym. Świadczenia mogą odbywać się tylko w ramach innego harmonogramu pracy pracowni niż w kolonoskopii w ramach ASDK.

Każde badanie podlega podsumowaniu, tj. wydaniu pacjentowi wyniku badania oraz wskazania dalszych zaleceń w zakresie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego (skierowanie do leczenia lub dalszej diagnostyki). W trakcie wizyty podsumowującej należy przeprowadzić z pacjentem ankietę po badaniu, dostępną w systemie informatycznym udostępnionym przez Fundusz. W przypadku wyniku prawidłowego konsultacja może odbyć się za pośrednictwem teleporady.

Świadczeniodawca obowiązany jest wykonać wszystkie niezbędne procedury diagnostyczne (w ramach jednej umowy - zgodnie z katalogiem świadczeń), a po ich zakończeniu możliwe jest rozliczenie kompleksowego świadczenia.

7. Postępowanie w przypadku stwierdzenia zmian chorobowych:

- 1) pobranie wycinka z nacieku nowotworowego lub zmian podejrzanych o charakter nowotworowy;
- 2) usunięciu polipów wielkości do 15 mm;
- 3) poddaniu badaniu histopatologicznemu wszystkich wycinków i usuniętych polipów;
- 4) ustaleniu dalszych zaleceń dotyczących leczenia u osób poddanych badaniom przesiewowym;
- 5) poinformowanie o możliwości wykonania kolejnego badania w ustalonym interwale czasowym;
- 6) osoby, u których rozpoznano nowotwór lub inne schorzenia wymagające leczenia specjalistycznego skierowanie (poza programem) na dalsze badania diagnostyczne lub leczenie do świadczeniodawców posiadających z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy w odpowiednich rodzajach świadczeń;
- 7) zgłoszenie przez świadczeniodawcę wykrytych raków jelita grubego do regionalnego lub Krajowego Rejestru Nowotworów.

8. Wskaźniki monitorowania oczekiwanych efektów

- 1) zgłaszalność osób na badania - liczba osób z uwzględnieniem płci i wieku objętych programem;
- 2) efekty realizacji programu, w tym w szczególności:
 - a) liczba osób z uwzględnieniem płci i wieku z wykonaną kolonoskopią diagnostyczną,
 - b) liczba osób z uwzględnieniem płci i wieku z wykonaną kolonoskopią diagnostyczną z biopsją (z badaniem hist-pat),

- c) liczba osób z uwzględnieniem płci i wieku z wykonaną kolonoskopią z polipektomią (z badaniem histopat),
 - d) liczba osób z uwzględnieniem płci i wieku z usuniętymi polipami (1 do 3),
 - e) liczba osób z uwzględnieniem płci i wieku z usuniętymi polipami (4 i więcej),
 - f) % badań z uwzględnieniem płci i wieku z usuniętymi polipami gruczołowymi lub ząbkowanymi (w ośrodku i każdego z wykonujących badania lekarzy),
 - g) liczba osób z uwzględnieniem płci i wieku ze znieczuleniem ogólnym,
 - h) liczba osób z uwzględnieniem płci i wieku z prawidłowym wynikiem kolonoskopii,
 - i) liczba osób z uwzględnieniem płci i wieku z nieprawidłowym wynikiem kolonoskopii wymagającym dalszej diagnostyki,
 - j) liczba osób z uwzględnieniem płci i wieku z rozpoznanym nowotworem;
- 3) jakość badań:
- a) liczba badań bez uwidocznienia dna kątnicy i proksymalnego fałdu zastawki Bauhina u kobiet i mężczyzn (dopuszcza się nie więcej niż 3%),
 - b) % badań z wykryciem polipów,
 - c) % badań z wykryciem polipów gruczołowych,
 - d) % badań z całkowitym usunięciem zmian stwierdzanych w jego trakcie,
 - e) odsetek chorych nieprzygotowanych do badania (poniżej 6 pkt w skali Boston, lub co najmniej jeden segment jelita poniżej 2 pkt),
 - f) odsetek badań z uwidocznieniem dna kątnicy (wskaźnik CIR).

ANKIETA DLA PACJENTÓW OBJĘTYCH PROGRAMEM BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO

Część A. Dane pacjenta

Nr identyfikacyjny badania: _____	Data badania: dd/mm/rrrr			
PESEL:	Adres zamieszkania:			
Nazwisko:	ul.			
Imię:	Kod pocztowy:			
Wiek:	Miejscowość:			
Nr telefonu*:	Adres e-mail*:			
Informację o badaniu uzyskałem/am z:				
<input type="checkbox"/> przychodnia POZ: <input type="checkbox"/> lekarz POZ, <input type="checkbox"/> koordynator opieki POZ, <input type="checkbox"/> położna/pielęgniarka POZ	<input type="checkbox"/> lekarz specjalista	<input type="checkbox"/> prasa, radio, telewizja, Internet	<input type="checkbox"/> indywidualne zaproszenie od realizatora programu: <input type="checkbox"/> list, <input type="checkbox"/> telefon, <input type="checkbox"/> sms	<input type="checkbox"/> inne

Część B. Wywiad kliniczny

Parametry antropometryczne:	Masa ciała ____ kg	Wzrost ____ cm	BMI ____
1. Czy występują u Pana/Pani następujące objawy?*			
krw w kale/anemia:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	
niezamierzone chudnięcie:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	
Zmiana rytmu wypróżnień:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	
2. Czy miał Pan/Pani w przeszłości wykonaną kolonoskopię?			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
ostatnie badanie przeprowadzono w roku: _____, ew. miejsce (ośrodek): _____			
wynik ostatniego badania:	<input type="checkbox"/> prawidłowy	<input type="checkbox"/> polipy (zmiany łagodne)	<input type="checkbox"/> rak <input type="checkbox"/> inny, jaki _____
3. Czy ktoś z Pana/Pani bliskiej rodziny (tj. ojciec, matka, brat, siostra, syn, córka) chorował/choruje na raka jelita grubego?			
<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem	<input type="checkbox"/> tak	
<i>Jeśli tak należy wskazać członków rodziny, którzy chorują/chorowali ze wskazaniem wieku w chwili rozpoznania:</i>			
Ojciec, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:	<input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia		<input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia

Matka, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:		<input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia	<input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia
Brat, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:		<input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia	<input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia
Siostra, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:		<input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia	<input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia
Syn/córka, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:		<input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia	
4. Czy zażywa Pan/Pani leki „rozrzedzające” (przeciwnkrzepliwe) krew?			
<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	Jeśli tak należy wskazać jakie: <input type="checkbox"/> acetylosalicylany (np. Aspiryn, Protect, Acard, Polocard) <input type="checkbox"/> leki przeciwnkrzepliwe (np. Sintrom, Acenokumarol, Warfin) <input type="checkbox"/> leki przeciwplytkowe (np. Plavix, Clopidogrel, Areplex, Trombex, Zylt, Plavocorin) <input type="checkbox"/> NOAC - doustne leki przeciwzakrzepowe nowej generacji (np. Dabigatran, Riwaroksaban, Apiksaban, Edoksaban)	
5. Czy pali Pan/Pani papierosy?			
<input type="checkbox"/> Tak		Ile lat: _____	Ile papierosów dziennie: _____
<input type="checkbox"/> Nie, ale paliłem/am w przeszłości		Rzuciłem/am: _____ lat temu	Paliłem/am: _____ papierosów dziennie
<input type="checkbox"/> Nie, ale jestem biernym palaczem			
<input type="checkbox"/> Nie, nigdy nie paliłem/am			
6. Czy pacjent kwalifikuje się do znieczulenia ogólnego (sedacji) z udziałem anestezjologa?			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
jeżeli TAK, podaj powód:	<input type="checkbox"/> Przebyte rozległe operacje w obrębie jamy brzusznej:		
	<input type="checkbox"/> Ginekologiczne:	rok _____	
	<input type="checkbox"/> Cesarskie cięcie:	rok _____	
	<input type="checkbox"/> Usunięcie pęcherzyka żółciowego:	rok _____	
	<input type="checkbox"/> Usunięcie wyrostka robaczkowego:	rok _____	
	<input type="checkbox"/> Usunięcie przepukliny:	rok _____	
	<input type="checkbox"/> Usunięcie prostaty:	rok _____	
	<input type="checkbox"/> Inne:	jakie: _____	
<input type="checkbox"/> Niepełne lub bolesne badania endoskopowe w przeszłości			
<input type="checkbox"/> Duży lęk przed wykonaniem badania			
7. Czy choruje Pan/Pani na wymienione poniżej choroby?			
Choroby serca ograniczające codzienną aktywność:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak, jakie: _____	
Choroby płuc ograniczające codzienną aktywność:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak, jakie: _____	
Cukrzyca:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak – od _____ lat	
Niewydolność nerek:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	
Padaczka:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	
Inne istotne choroby współistniejące:	_____		

Część C. Oświadczenia

Oświadczenia		
Oświadczam, że nie miałem/miałam wykonanej kolonoskopii w okresie ostatnich 10 lat.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Oświadczam, że zostałem poinformowany o sposobie przygotowania się do badania oraz otrzymałem/am preparat do oczyszczenia jelita	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Zostałem/am poinformowany/a o celu badań kolonoskopowych w "Programie badań przesiewowych raka jelita grubego", o znaczeniu wykonywanych badań dla ustalenia rozpoznania oraz o możliwości zrezygnowania z prowadzenia badania w dowolnym momencie, bez jakichkolwiek konsekwencji.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania kolonoskopowego w „Programie badań przesiewowych raka jelita grubego”.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonu lub adresu e-mail w celu przekazania informacji o dalszym udziale w programie.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Miejscowość i data	Podpis świadczeniobiorcy	

Część D. Decyzja o kwalifikacji

Kwalifikacja do badania:**	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Miejscowość i data	Podpis lekarza kwalifikującego do badania	

Część E. Część informacyjna dla pacjenta.

1. Kryteria kwalifikacji do programu

Osoby w wieku:

- 1) 50–65 lat;
- 2) 40–49 lat, które posiadają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano nowotwór jelita grubego.

2. Kryteria wyłączenia

Osoby, u których:

- 1) występują objawy kliniczne sugerujące nowotwór jelita grubego;
- 2) kolonoskopia została wykonana w okresie ostatnich 10 lat.

*Profilaktyczne badanie kolonoskopowe wykonane w ramach **Programu badań przesiewowych raka jelita grubego** jest świadczeniem gwarantowanym, finansowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia.*

Celem badania jest wykrycie zmian błony śluzowej jelita grubego: polipów – gruczolaków, czyli nowotworów we wczesnej fazie rozwoju – są to zmiany potencjalnie całkowicie wyleczalne. Usunięcie polipów jest bezbolesne. Osoby ze zmianami większymi niż 15 mm będą kierowane do ich usunięcia w warunkach szpitalnych.

Badanie wykonuje się za pomocą kolonoskopu (giętkiego przyrządu) wprowadzonego przez odbyt do oczyszczonego jelita grubego. Wprowadzanie endoskopu jest bezbolesne dla większości osób, może jednak powodować wzdęcie, uczucie parcia i ucisku w brzuchu. Badanie trwa zwykle ok. 30 minut. Dobre przygotowanie, czyli oczyszczenie jelita do badania ma wpływ na jakość, czas i bezpieczeństwo badania. Po ustaleniu terminu kolonoskopii będzie udzielona dokładna instrukcja przygotowania do badania.

Poważne zdarzenia niepożądane są rzadkie: krwawienie (1/1000 badań), perforacja (1/10 000 badań).

Badanie może być wykonane w ośrodku realizującym Program badań przesiewowych raka jelita grubego.

Część F. Wzór zgody

**-Wzór-
zgody świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych**

Nr telefonu:..... (opcjonalnie)

Adres e-mail: (opcjonalnie)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE.L Nr 119, str. 1, z późn. zm.).

Wyrażam zgodę na przysłanie pocztą tradycyjną prawidłowego wyniku badania oraz przekazanie pocztą e-mail/ przekazanie drogą SMS * zawiadomienia o kolejnej wizycie.

.....
Miejscowość i data

.....
czytelny podpis świadczeniobiorcy

*dane opcjonalne na podstawie zgody świadczeniobiorcy (określonej w części F)

** jeżeli na pytanie nr 1 była chociaż jedna odpowiedź TAK kwalifikacja pozytywna do badania jest niemożliwa

*** niepotrzebne skreślić

Uzasadnienie

Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 111/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 września 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne, stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).

Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem polegają na nadaniu nowego brzmienia:

1) załącznikowi nr 1 do zarządzenia w zakresie lp. 6 i 7 - w związku z ustaleniem taryfy dla programu profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP) opublikowanej w obwieszczeniu Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 7 kwietnia 2023 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych;

2) załącznikowi nr 7 do zarządzenia - w związku z koniecznością doprecyzowania warunków finansowania programu badań przesiewowych raka jelita grubego oraz korekty ankiety dla pacjentów objętych programem badań przesiewowych raka jelita grubego (m.in. dodano pytanie o przesłanki kwalifikujące do znieczulenia ogólnego - pkt 6).

Szacowany skutek finansowy zmian wprowadzonych niniejszym zarządzeniem w związku z ustaleniem taryfy dla programu profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP), wg szacunków przekazanych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wyniesie ok. 722,5 tys. zł rocznie, tj. wzrost o ponad 295 tys zł.

Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – *Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej*.