

**Projekt**

z dnia 4 maja 2023 r.

Zatwierdzony przez .....

**ZARZĄDZENIE NR .....  
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia ..... 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, 2674 i 2770 oraz z 2023 r. poz. 605 i 658 <sup>1)</sup>) 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.<sup>2)</sup>), 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/*

<sup>1)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2021 r. poz. 1292, 1559, 1773, 1834, 1981, 2120, 2232 i 2270 oraz z 2022 r. poz. 64, 91, 526, 583, 658, 655, 807, 974, 1002, 1079, 1265, 1352 i 1700.

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

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr .....

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia.....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	<b>2,63</b>
2	10.0000.156.02	PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY - ETAP POGŁĘBIONEJ DIAGNOSTYKI	5.12.00.0000052	KOLPOSKOPIA	<b>11,00</b>
			5.12.00.0000053	KOLPOSKOPIA Z CELOWANYM POBRANIEM WYCINKÓW I BADANIEM HISTOPATOLOGICZNYM	<b>31,00</b>
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	<b>9,45</b>
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	<b>9,45</b>
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	<b>2,10</b>
			5.12.00.0000055	MAMMOGRAFIA UZUPEŁNIAJĄCA	<b>7,35</b>
			5.12.00.0000056	USG PIERSI	<b>5,25</b>
			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)	<b>15,00</b>

			5.12.00.0000062	BIOPSJA GRUBOIGŁOWA PIERSI PRZEZSKÓRNA Z PEŁNĄ DIAGNOSTYKĄ (BADANIE HIST.-PAT.) Z UŻYCIEM TECHNIK OBRAZOWYCH	<b>31,50</b>
5	10.4450.159.02	PROGRAM BADAŃ PRENATALNYCH	5.19.00.0000025	PORADA GENETYCZNA - PROGRAM NFZ	<b>6,30</b>
			5.19.00.0000002	BADANIA BIOCHEMICZNE - AFP	<b>7,35</b>
			5.19.00.0000003	BADANIA BIOCHEMICZNE - PAP P-A	<b>16,80</b>
			5.19.00.0000004	BADANIA BIOCHEMICZNE - BETA-HCG	<b>5,25</b>
			5.19.00.0000005	BADANIA BIOCHEMICZNE - ESTRIOL	<b>5,25</b>
			5.19.00.0000033	BADANIE ULTRASONOGRAFICZNE I TRYMESTRU	<b>28,35</b>
			5.19.00.0000034	BADANIE ULTRASONOGRAFICZNE II TRYMESTRU	<b>28,35</b>
			5.19.00.0000026	BADANIA GENETYCZNE OBEJMUJĄCE CYTOGENETYCZNĄ, MOLEKULARNĄ I BIOCHEMICZNĄ OCENĘ MATERIAŁU PŁODOWEGO - PROGRAM NFZ	<b>126,00</b>
			5.19.00.0000027	AMNIOPUNKCJA - PROGRAM NFZ	<b>31,50</b>
			5.19.00.0000028	BIOPSJA TROFOBLASTU - PROGRAM NFZ	<b>31,50</b>
			5.19.00.0000029	KORDOCENTEZA - PROGRAM NFZ	<b>31,50</b>
			5.19.00.0000039	<p>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.</p> <p>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 o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych z dnia</p>	<b>1,00</b>

				12 maja 2011 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 784 z późn. zm.). Wymagane wskazanie procedury wg ICD-9 - 99.111.	
5a	10.1450.159.02	PROGRAM BADAŃ PRENATALNYCH - część położniczo-ginekologiczna	5.19.00.0000002	BADANIA BIOCHEMICZNE - AFP	<b>7,35</b>
			5.19.00.0000003	BADANIA BIOCHEMICZNE - PAP P-A	<b>16,80</b>
			5.19.00.0000004	BADANIA BIOCHEMICZNE - BETA-HCG	<b>5,25</b>
			5.19.00.0000005	BADANIA BIOCHEMICZNE - ESTRIOL	<b>5,25</b>
			5.19.00.0000033	BADANIE ULTRASONOGRAFICZNE I TRYMESTRU	<b>28,35</b>
			5.19.00.0000034	BADANIE ULTRASONOGRAFICZNE II TRYMESTRU	<b>28,35</b>
			5.19.00.0000027	AMNIOPUNKCJA - PROGRAM NFZ	<b>31,50</b>
			5.19.00.0000028	BIOPSJA TROFOBLASTU - PROGRAM NFZ	<b>31,50</b>
			5.19.00.0000029	KORDOCENTEZA - PROGRAM NFZ	<b>31,50</b>

			5.19.00.0000039	<p>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.</p> <p>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 o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych z dnia 12 maja 2011 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 784 z późn. zm.). Wymagane wskazanie procedury wg ICD-9 - 99.111.</p>	<b>1,00</b>
5b	10.1210.159.02	PROGRAM BADAŃ PRENATALNYCH - część genetyczna	5.19.00.0000025	PORADA GENETYCZNA - PROGRAM NFZ	<b>6,30</b>
			5.19.00.0000026	BADANIA GENETYCZNE OBEJMUJĄCE CYTOGENETYCZNĄ, MOLEKULARNĄ I BIOCHEMICZNĄ OCENĘ MATERIAŁU PŁODOWEGO - PROGRAM NFZ	<b>126,00</b>
6	10.0010.162.02	PROGRAM PROFILAKTYKI CHOROÓB ODTYTONIOWYCH (W TYM POCHP) - ETAP PODSTAWOWY	5.01.00.0000049	PORADNICTWO ANTYNIKOTYNOWE	<b>2,94</b>
			5.01.00.0000050	PORADNICTWO ANTYNIKOTYNOWE Z WYKONANIEM BADANIA SPIROMETRYCZNEGO	<b>6,41</b>
7	10.0000.163.02	PROGRAM PROFILAKTYKI CHOROÓB ODTYTONIOWYCH (W TYM POCHP) - ETAP SPECJALISTYCZNY	5.12.00.0000064	PORADA WSTĘPNA NA ETAPIE SPECJALISTYCZNYM	<b>9,70</b>
			5.12.00.0000065	PORADA KONTROLNA NA ETAPIE SPECJALISTYCZNYM (po 3, 6, 12 m-cach)	<b>6,47</b>
			5.12.00.0000016	PORADA KONTROLNA W CYKLU LECZENIA FARMAKOLOGICZNEGO	<b>6,47</b>
			5.12.00.0000017	PORADA KONTROLNA W CYKLU PSYCHOTERAPII GRUPOWEJ LUB INDYWIDUALNEJ	<b>6,47</b>
			5.12.00.0000059	SESJA PSYCHOTERAPII GRUPOWEJ (UDZIAŁ 1 OSOBY)	<b>3,23</b>
			5.12.00.0000018	SESJA PSYCHOTERAPII INDYWIDUALNEJ	<b>12,93</b>

8	10.7910.155.02	PROGRAM BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO	5.12.00.0000068	KOLONOSKOPIA DIAGNOSTYCZNA W PROGRAMIE BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO	<b>37,5</b>
			5.12.00.0000069	KOLONOSKOPIA DIAGNOSTYCZNA Z BIOPSIĄ (Z BADANIEM HIST-PAT) W PROGRAMIE BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO	<b>54,0</b>
			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	<b>115,1</b>
			5.12.00.0000071	ZNIECZULENIE (SEDACJA) Z UDZIAŁEM ANESTEZJOLOGA W PROGRAMIE BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO	<b>19,4</b>
			5.12.00.0000072	KONSULTACJA WYNIKÓW Z WYDANIEM DALESZYCH ZALECEŃ PACJENTOWI W PROGRAMIE BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO	<b>4,7</b>
			5.12.00.0000073	KONSULTACJA W ZAKRESIE KWALIFIKACJI DO ZNIECZULENIA (SEDACJI) W PROGRAMIE BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO**	<b>8,5</b>

\*) 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.

Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr .....

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia.....2023 r.

## **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 Zwalczenia Chorób Nowotworowych i coraz liczniejszych programów lekowych zjawisko to dotyczyć 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 dot. diety i schematu przyjmowania preparatu do oczyszczenia 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 hist-pat),
  - 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 rozpoznaniem 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

<b>Nr identyfikacyjny badania:</b> _____		<b>Data badania:</b> dd/mm/rrrr		
<b>PESEL:</b>		<b>Adres zamieszkania:</b>		
<b>Nazwisko:</b>		ul.		
<b>Imię:</b>		Kod pocztowy:		
<b>Wiek:</b>		Miejscowość:		
<b>Nr telefonu*:</b>		<b>Adres e-mail*:</b>		
<b>Informację o badaniu uzyskałem/am z:</b>				
<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

<b>Parametry antropometryczne:</b>	Masa ciała ____ kg	Wzrost ____ cm	BMI _____
<b>1. Czy występują u Pana/Pani następujące objawy?***</b>			
<b>krew w kale/anemia:</b>	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	
<b>niezamierzone chudnięcie:</b>	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	
<b>Zmiana rytmu wypróżnień:</b>	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	
<b>2. Czy miał Pan/Pani w przeszłości wykonaną kolonoskopię?</b>			<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
ostatnie badanie przeprowadzono w roku: _____, ew. miejsce (ośrodek): _____			
<b>wynik ostatniego badania:</b>	<input type="checkbox"/> prawidłowy	<input type="checkbox"/> polipy (zmiany łagodne)	<input type="checkbox"/> rak
			<input type="checkbox"/> inny, jaki _____
<b>3. Czy ktoś z Pana/Pani bliskiej rodziny (tj. ojciec, matka, brat, siostra, syn, córka) chorował/choruje na raka jelita grubego?</b>			

<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem	<input type="checkbox"/> tak
<b>Jeśli tak należy wskazać członków rodziny, którzy chorują/chorowali ze wskazaniem wieku w chwili rozpoznania:</b>		
<b>Ojciec, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:</b>	<input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia	<input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia
<b>Matka, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:</b>	<input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia	<input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia
<b>Brat, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:</b>	<input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia	<input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia
<b>Siostra, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:</b>	<input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia	<input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia
<b>Syn/córka, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:</b>	<input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia	
<b>4. Czy zażywa Pan/Pani leki „rozzredzające” (przeciwnkrzepliwe) krew?</b>		
<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	<i>Jeśli tak należy wskazać jakie:</i> <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)
<b>5. Czy pali Pan/Pani papierosy?</b>		
<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		
<b>6. Czy pacjent kwalifikuje się do znieczulenia ogólnego (sedacji) z udziałem anestezjologa?</b>		<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"/> Inne:	jakie: _____
<input type="checkbox"/> Niepełne lub bolesne badania endoskopowe w przeszłości		

	<input type="checkbox"/> Duży lęk przed wykonaniem badania	
<b>7. Czy choruje Pan/Pani na wymienione poniżej choroby?</b>		
<b>Choroby serca ograniczające codzienną aktywność:</b>	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak, jakie: _____
<b>Choroby płuc ograniczające codzienną aktywność:</b>	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak, jakie: _____
<b>Cukrzyca:</b>	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak – od _____ lat
<b>Niewydolność nerek:</b>	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
<b>Padaczka:</b>	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
<b>Inne istotne choroby współistniejące:</b>	_____	

Część C. Oświadczenia

<b>Oświadczenia</b>		
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

<b>Kwalifikacja do badania:**</b>	<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 odytoniowych (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).

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*.

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