

**Zarządzenie nr 111/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne - w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne  
z dnia 2 września 2022 r. (Biul.Inf.NFZ z 2022 r. poz. 111)**

(zm. Biul.Inf.NFZ z 2022 r. poz. 139)

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 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.<sup>1)</sup>) zarządza się, co następuje:

**Rozdział 1. Postanowienia ogólne.**

**§ 1** Zarządzenie określa:

- 1) przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) szczegółowe warunki umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne -w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne.

**§ 2**

1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **Fundusz** - Narodowy Fundusz Zdrowia;
  - 2) **karta diagnostyki i leczenia onkologicznego** - dokument, o którym mowa w art. 32a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;
  - 3) **katalog zakresów i świadczeń** - wykaz zakresów świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez świadczeniodawcę w rodzaju świadczeń: programy zdrowotne - w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne, stanowiący **załącznik nr 1** do zarządzenia;
  - 4) **Oddział Funduszu** - oddział wojewódzki Funduszu;
  - 5) **ogólne warunki umów** - ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określone w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia wydanym na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach;
  - 6) **rodzaj świadczeń** - rodzaj, o którym mowa w ogólnych warunkach umów;
  - 7) **rozporządzenie** - rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
  - 8) **zakres świadczeń** - zakres, o którym mowa w ogólnych warunkach umów.
2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu oraz w ogólnych warunkach umów.

**Rozdział 2. Przedmiot postępowania i umowy.**

**§ 3**

1. Przedmiotem postępowania, o którym mowa w § 1 pkt 1, jest wyłonienie świadczeniodawców do udzielania świadczeń w rodzaju programy zdrowotne - w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne obejmujących:

- 1) program profilaktyki raka szyjki macicy, którego warunki finansowania określone są w **załączniku nr 3** do zarządzenia;
- 2) program profilaktyki raka piersi, którego warunki finansowania określone są w **załączniku nr 4** do zarządzenia;
- 3) program badań prenatalnych, którego warunki finansowania określone są w **załączniku nr 5** do zarządzenia;
- 4) program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, zwanej dalej „POCHP”), którego warunki finansowania określone są w **załączniku nr 6** do zarządzenia;
- 5) program badań przesiewowych raka jelita grubego, którego warunki finansowania określone są w **załączniku nr 7** do zarządzenia.

2. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) - (Dz.Urz. UE L 340 z dnia 16.12.2002, str. 1 i n., z późn. zm.) oraz z zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy o świadczeniach, przedmiotem umów objęte są następujące nazwy i kody:

- 1) 85143000-3 Usługi ambulatoryjne;
- 2) 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne.

**§ 4**

1. Postępowanie, o którym mowa w § 1 pkt 1, ma na celu wyłonienie świadczeniodawców do realizacji świadczeń na obszarze terytorialnym:

- 1) województwa;
- 2) więcej niż jednego powiatu;
- 3) powiatu;
- 4) więcej niż jednej gminy;
- 5) gminy;
- 6) więcej niż jednej dzielnicy;
- 7) dzielnicy.

2. Porównanie ofert w toku postępowania, o którym mowa w § 1 pkt 1, następuje zgodnie z art. 148 ustawy o świadczeniach, w tym z przepisami wydanymi na podstawie art. 148 ust. 3 tej ustawy.

### Rozdział 3. Szczegółowe warunki umowy.

#### § 5

1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranej w rodzaju programy zdrowotne - w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne, zwanej dalej „umową”, jest realizacja świadczeń profilaktyki pierwotnej i wtórnej, udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w zakresach, o których mowa w § 3 ust. 1, określonych w **załączniku nr 1** do zarządzenia.
2. Wzór umowy stanowi **załącznik nr 2** do zarządzenia.
3. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają pisemnej zgody Prezesa Funduszu.

#### § 6

1. Świadczeniodawca realizujący umowę obowiązany jest spełniać wymagania określone w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu.
2. Konieczność spełniania wymagań, o których mowa w ust. 1, dotyczy każdego miejsca udzielania świadczeń, w którym realizowana jest umowa.

#### § 7

1. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, którego wzór określony jest w **załączniku nr 3** do umowy.
2. Dopuszcza się zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie części zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.
3. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego wymagania, o których mowa w § 6.
4. Umowa zawarta między świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy w zakresie wynikającym z umowy, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach.
5. Fundusz obowiązany jest do poinformowania świadczeniodawcy o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli wszystkich podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń (w szczególności podwykonawcy) oraz o jej wynikach.

#### § 8

1. Fundusz nie finansuje świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w związku z prowadzeniem eksperymentu medycznego, w tym badania klinicznego, których finansowanie określają odrębne przepisy.
2. Przy udzielaniu świadczeń, świadczeniodawca obowiązany jest do weryfikacji, z uwzględnieniem przepisów art. 50 ustawy o świadczeniach, prawa świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. W celu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 2, świadczeniodawca obowiązany jest do uzyskania we właściwym Oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, zgodnie z art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach.
4. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 3, świadczeniodawca składa w Oddziale Funduszu wnioski, w terminie 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
5. W przypadku niedopełnienia przez świadczeniodawcę obowiązku określonego w ust. 3, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną, o której mowa w § 6 ust. 4 **załącznika nr 2** do zarządzenia, stanowiącego wzór umowy.
6. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji przez świadczeniodawcę udzielania świadczeń na podstawie kolejnej umowy zawartej z Funduszem, upoważnienie, o którym mowa w ust. 3, uzyskane w związku z zawarciem poprzedniej umowy, zachowuje ważność.
7. W przypadku, gdy świadczeniodawca udziela świadczeń profilaktycznych w zakresach:
  - 1) program profilaktyki raka szyjki macicy - etap pogłębionej diagnostyki,
  - 2) program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy,
  - 3) program profilaktyki raka piersi - etap pogłębionej diagnostyki,
  - 4) program badań przesiewowych raka jelita grubego- konieczna jest dodatkowo weryfikacja uprawnień do udzielania świadczenia profilaktycznego, dokonana w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki (SIMP) poprzez aplikację internetową udostępnioną przez Oddział Funduszu.

#### § 9

1. Świadczenia objęte przedmiotem umowy, z zastrzeżeniem ust. 2, udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje zgodnie z „Harmonogramem - zasoby”, którego wzór jest określony w **załączniku nr 2** do umowy.
2. W przypadku świadczeniodawcy realizującego program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy w trybie mobilnym, wzór harmonogramu, o którym mowa w ust. 1, stanowi **załącznik nr 2a** do umowy. Propozycje harmonogramu zgodnie ze wzorem określonym w **załączniku nr 2a** do umowy, dla poszczególnych mammbusów, świadczeniodawca wprowadza do Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP) i zatwierdza dane w aplikacji. Oddział Funduszu, po dokonaniu oceny zabezpieczenia świadczeń w przedmiotowym zakresie, akceptuje w systemie zaproponowane przez świadczeniodawców harmonogramy udzielania świadczeń w całości lub w części. W przypadku niepełnego zabezpieczenia świadczeń, Oddział Funduszu może wskazać świadczeniodawcy propozycję zmiany niektórych miejsc pobytów mammbusów. Ustalone w wyniku porozumienia pomiędzy Oddziałem Funduszu, a świadczeniodawcą zmiany,

świadczeniodawca wprowadza do SIMP i zatwierdza. Po zaakceptowaniu wszystkich pobytów przez Oddział Funduszu, świadczeniodawca zobowiązany jest do przekazania podpisanego dokumentu do Oddziału Funduszu.

3. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń zgodnie z „Harmonogramem - zasoby”, stanowiącym **załącznik nr 2** lub **2a** do umowy.

4. Strony umowy obowiązane są zaakceptować harmonogram, o którym mowa w ust. 2, przed rozpoczęciem kwartału, którego dotyczy harmonogram. Termin ten może nie być zachowany w przypadku zawarcia:

- 1) aneksu do umowy wieloletniej lub
- 2) nowej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - w rodzaju programy zdrowotne - w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne.

5. W przypadku, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca wprowadza dane o pobytach mammobusów, zgodnie ze wzorem określonym w **załączniku nr 2a** do umowy, z wykorzystaniem SIMP, niezwłocznie po udostępnieniu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w SIMP.

6. Zobowiązania świadczeniodawcy wynikające z innych umów o udzielanie świadczeń nie mogą ograniczać dostępu świadczeniobiorców do świadczeń w zakresie stanowiącym przedmiot umowy.

7. W przypadku nieobecności lekarza lub osoby realizującej świadczenia, świadczeniodawca obowiązany jest poinformować świadczeniobiorców o sposobie zorganizowania opieki w tym okresie. Informację, o której mowa w zdaniu pierwszym, udostępnia się w miejscu udzielania świadczeń oraz w siedzibie świadczeniodawcy.

## § 10

1. Warunki rozliczania świadczeń określone są w ogólnych warunkach umów oraz w umowie.

2. Jednostką rozliczeniową służącą do rozliczania świadczeń, o których mowa w § 3 ust. 1, jest punkt.

3. Podstawą rozliczania świadczeń za dany okres sprawozdawczy są jednostki rozliczeniowe odpowiadające wybranym świadczeniom określonym w **załączniku nr 1** do zarządzenia, zatwierdzone w wyniku weryfikacji danych raportu statystycznego w systemie informatycznym Funduszu.

4. W przypadku prowadzenia sprawozdawczości dotyczącej realizacji programu w formie elektronicznej, tj. w SIMP, za przekazanie raportu statystycznego, o którym mowa w ogólnych warunkach umów, uważa się wypełnienie i zatwierdzenie odpowiednich pól aplikacji.

5. Liczba i cena jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania Funduszu są określone w planie rzeczowo - finansowym, którego wzór określony jest w **załączniku nr 1** do umowy.

## § 11

1. Świadczeniodawca obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:

- 1) kod rozpoznania zasadniczego według klasyfikacji ICD-10;
- 2) kody istotnych procedur medycznych, według wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9;
- 3) tydzień trwania ciąży w przypadku sprawozdawania świadczeń „5.19.00.0000033 - Badanie ultrasonograficzne I trymestru” oraz „5.19.00.0000034 - Badanie ultrasonograficzne II trymestru”, w ramach programu badań prenatalnych.

2. W przypadku, gdy dla programu profilaktycznego zostały określone wzory sprawozdań merytorycznych z jego realizacji, świadczeniodawca przedstawia Oddziałowi Funduszu zbiorcze sprawozdanie merytoryczne za każdy kwartał, w terminie 30 dni od dnia zakończenia kwartału, a za cały okres rozliczeniowy w terminie 45 dni od dnia zakończenia tego okresu. W przypadku określenia przez Fundusz formatu przekazywania powyższych danych, są one przekazywane wraz z raportem statystycznym w wersji elektronicznej.

3. Sprawozdania, o których mowa w ust. 2, winny być zgodne pod względem liczby wykazanych świadczeń z raportem statystycznym, o którym mowa w § 10 ust. 3.

4. Przy rozliczaniu świadczeń nie dopuszcza się możliwości sumowania z analogicznymi świadczeniami w innych rodzajach świadczeń.

§ 12 W celu oceny realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych monitorowaniu podlegają w szczególności następujące parametry:

- 1) zgłaszalność osób do tych programów;
- 2) efekty realizacji poszczególnych programów, w tym w szczególności:
  - a) liczba osób z nieprawidłowymi wynikami badań,
  - b) liczba osób z rozpoznaniem schorzenia stanowiącego przedmiot programu,
  - c) koszt zdiagnozowania osoby z wynikiem dodatnim;
- 3) dodatkowe parametry dotyczące jakości realizacji świadczeń, określone w **załącznikach nr 3, 4 i 7** do zarządzenia.

## Rozdział 4. Postanowienia końcowe.

§ 13 Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne - w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne, zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, zachowują ważność przez okres na jaki zostały zawarte i mogą być zmieniane.

§ 13a <sup>2)</sup>W okresie od dnia 3 września 2022 r. do dnia 31 grudnia 2023 r. za dokumenty równoważne z Certyfikatem Umiejętności Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników w zakresie wykonywania Badań Prenatalnych, o którym mowa w załączniku nr 5 ust. 5 pkt 1 lit. a, uznaje się łącznie Certyfikat Umiejętności Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników w zakresie wykonywania Badań Ultrasonograficznych i Certyfikat FMF (NT scan).

**§ 14** Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, stosuje się przepisy dotychczasowe, z tym że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne - w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne zawiera się zgodnie ze wzorem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonym w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia.

**§ 15** Zobowiązuje się dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia do wprowadzenia zmian wynikających z wejścia w życie przepisów zarządzenia do postanowień umów, o których mowa w § 13.

**§ 16** Traci moc zarządzenie Nr 168/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne - w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne.

**§ 17** Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

*/Dokument podpisano elektronicznie/*

**Załącznik 1. 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	<b>9,45</b>

				mobilnej	
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 UZUPEŁNIAJĄC A	<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 CYTOLOGICZNY M (2-4 ROZMAZY; KONIECZNA DOKUMENTACJ A FOTOGRAFICZN A 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 PRENATALNYC	5.19.00.0000025	PORADA GENETYCZNA - PROGRAM NFZ	<b>6,30</b>

H	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 ULTRASONOGR AFICZNE I TRYMESTRU	28,35
	5.19.00.0000034	BADANIE ULTRASONOGR AFICZNE II TRYMESTRU	28,35
	5.19.00.0000026	BADANIA GENETYCZNE OBEJMUJĄCE CYTOGENETYC ZNĄ, 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	KORDOCENTEZ A - PROGRAM NFZ	31,50
	5.19.00.0000039	PODANIE	1,00

		<p>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  udokumentowani  a zakupu fakturą/  rachunkiem).  Obejmuje koszt  immunoglobuliny  anty-RhD, w  wysokości  nieprzekraczając  ej 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,</p>	
--	--	---	--

				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.	
5a	10.1450.159.02	PROGRAM BADAŃ PRENATALNYC H -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 ULTRASONOGR AFICZNE I TRYMESTRU	<b>28,35</b>
			5.19.00.0000034	BADANIE ULTRASONOGR AFICZNE 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	KORDOCENTEZ A - PROGRAM	<b>31,50</b>



		NFZ	
	5.19.00.0000039	<p>PODANIE IMMUNOGLOBU LINY 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 udokumentowani a zakupu fakturą/ rachunkiem). Obejmuje koszt immunoglobuliny anty-RhD, w wysokości nieprzekraczając ej urzędowej ceny zbytu dla dawki 50 mcg/ml określonej w załączniku do obowiązującego obwieszczenia Ministra Zdrowia*) z uwzględnieniem przepisów art. 9</p>	1,00

				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.	
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 CYTOGENETYCZNA, MOLEKULARNA I BIOCHEMICZNA OCENĘ MATERIAŁU PŁODOWEGO - PROGRAM NFZ	126,00
6	10.0010.162.02	PROGRAM PROFILAKTYKI CHOROÓB ODTYTONIOWYCH (W TYM POCHP) -ETAP PODSTAWOWY	5.01.00.0000049	PORADNICTWO ANTYNIKOTYNOWE	2,10
			5.01.00.0000050	PORADNICTWO ANTYNIKOTYNOWE Z WYKONANIEM BADANIA SPIROMETRYCZNEGO	4,20
7	10.0000.163.02	PROGRAM PROFILAKTYKI CHOROÓB ODTYTONIOWY	5.12.00.0000064	PORADA WSTĘPNA NA ETAPIE SPECJALISTYC	5,25

		CH (W TYM POCHP) -ETAP SPECJALISTYC ZNY		ZNYM	
			5.12.00.0000065	PORADA KONTROLNA NA ETAPIE SPECJALISTYC ZNYM (po 3, 6, 12 m-cach)	<b>4,20</b>
			5.12.00.0000016	PORADA KONTROLNA W CYKLU LECZENIA FARMAKOLOGI CZNEGO	<b>2,10</b>
			5.12.00.0000017	PORADA KONTROLNA W CYKLU PSYCHOTERAPI I GRUPOWEJ LUB INDYWIDUALNE J	<b>2,10</b>
			5.12.00.0000059	SESJA PSYCHOTERAPI I GRUPOWEJ (UDZIAŁ 1 OSOBY)	<b>0,84</b>
			5.12.00.0000018	SESJA PSYCHOTERAPI I INDYWIDUALNE J	<b>4,20</b>
8	10.7910.155.02	PROGRAM BADAŃ PRZESIEWOWY CH RAKA JELITA GRUBEGO	5.12.00.0000068	KOLONOSKOPI A DIAGNOSTYCZN A W PROGRAMIE BADAŃ PRZESIEWOWY CH RAKA JELITA GRUBEGO	<b>37,5</b>
			5.12.00.0000069	KOLONOSKOPI A DIAGNOSTYCZN A Z BIOPSJĄ (Z	<b>54,0</b>

		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	<b>115,1</b>
	5.12.00.0000071	ZNIECZULENIE (SEDACJA) W PROGRAMIE BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO	<b>19,4</b>
	5.12.00.0000072	KONSULTACJA WYNIKÓW Z WYDANIEM DAJSZYCH ZALECEŃ PACJENTOWI W PROGRAMIE BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO	<b>4,7</b>
	5.12.00.0000073	KONSULTACJA	<b>8,5</b>

		W ZAKRESIE KWALIFIKACJI DO ZNIECZULENIA (SEDACJI) W PROGRAMIE BADAŃ PRZESIEWOWY CH RAKA JELITA GRUBEGO	
--	--	--	--

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

**Załącznik 2. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - programy zdrowotne - w zakresach:**

**profilaktyczne programy zdrowotne (wzór).**  
(patrz oryginał)

**Załącznik 3. Warunki finansowania programu profilaktyki raka szyjki macicy.**  
(patrz oryginał)

**Załącznik 4. Warunki finansowania programu profilaktyki raka piersi.**  
(patrz oryginał)

**Załącznik 5. Warunki finansowania programu badań prenatalnych.**  
(patrz oryginał)

3) **Załącznik 6. Warunki finansowania programu profilaktyki chorób odżytoniowych (w tym POCHP).**  
patrz oryginał uwzględniający zmiany

**Załącznik 7. Warunki finansowania programu badań przesiewowych raka jelita grubego.**  
(patrz oryginał)

**Dodatek – Uzasadnienie.**

Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia 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 ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

Materia zawarta w niniejszej regulacji określona była dotychczas w zarządzeniu Nr 168/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne - w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne (z późn. zm.), który zgodnie z § 18, z dniem wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia, utraci moc obowiązującą.

Regulacje wprowadzone niniejszym zarządzeniem polegają w szczególności na wdrożeniu nowego *Programu badań przesiewowych raka jelita grubego* jako świadczenia gwarantowanego określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych

z zakresu programów zdrowotnych (Dz.U. poz. 1366). W związku z powyższym, dodano załącznik nr 7 do zarządzenia - *Warunki finansowania programu badań przesiewowych raka jelita grubego* wraz z załącznikiem (ankieta dla pacjentów objętych programem badań przesiewowych raka jelita grubego).

Ponadto, w porównaniu do regulacji dotychczas obowiązującej, niniejszym zarządzeniem dokonano korekt w poszczególnych załącznikach do zarządzenia, tj.:

- 1) w załączniku 1 do zarządzenia dodano zakres świadczeń „Program badań przesiewowych raka jelita grubego” wraz ze świadczeniami (produktami rozliczeniowymi) - z uwzględnieniem wyceny AOTMiT ze stosownymi korektami (wzrost o 4,5% oraz wzrost wynikający z rekomendacji nr 65 AOTMiT);
- 2) w załączniku nr 2 do zarządzenia (wzór umowy) dokonano korekt redakcyjnych;
- 3) w załączniku nr 3 (dotyczącym programu profilaktyki raka szyjki macicy) oraz w załączniku nr 4 (dotyczącym programu profilaktyki raka piersi), dokonano aktualizacji danych epidemiologicznych oraz dokonano korekty wzoru zgody pacjenta;
- 4) w załączniku nr 5 do zarządzenia (dotyczącym programu badań prenatalnych), dokonano korekty zapisów dot. certyfikatów potwierdzających kwalifikacje lekarzy wykonujących badania USG płodu oraz dokonano korekty wzoru zgody pacjenta;
- 5) w załączniku nr 6 do zarządzenia (dotyczącym profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)), dokonano korekty w ankiecie o stanie zdrowia świadczeniobiorcy poprzez usunięcie pola 'pocztą' oraz dokonano korekty wzoru zgody pacjenta.

Projekt zarządzenia zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 787, z późn. zm.), został poddany konsultacjom zewnętrznym, w ramach których uwagi zgłosiło 5 podmiotów. Uwagi uzasadnione zostały uwzględnione w ostatecznej wersji zarządzenia.

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*.

Skutek finansowy dla wprowadzanych niniejszym zarządzeniem zmian oszacowano na 82 455 046 zł.

- 1) 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.
- 2) § 13a dodany zarządzeniem z dnia 31.10.2022 r. (Biul.Inf.NFZ z 2022 r. poz. 139), które wchodzi w życie 1.11.2022 r.
- 3) Załącznik 6 w brzmieniu zarządzenia z dnia 31.10.2022 r. (Biul.Inf.NFZ z 2022 r. poz. 139), które wchodzi w życie 1.11.2022 r.