



DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 9 października 2026 r.

Poz. 1310

OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 16 września 2026 r.

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

1. Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1461 oraz z 2026 r. poz. 912) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 916), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych:

- 1) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2023 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 2167);
- 2) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 maja 2024 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 767);
- 3) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 marca 2025 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 298);
- 4) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 czerwca 2026 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 754);
- 5) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 lipca 2026 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 976).

2. Podany w załączniku do niniejszego obwieszczenia tekst jednolity rozporządzenia nie obejmuje:

- 1) § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 2167), który stanowi:

„§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem § 1:

- 1) pkt 1 i pkt 2 lit. a tiret pierwsze w zakresie lp. 3 „Etap podstawowy” kolumna 2 ust. 1 pkt 1, które wchodzi w życie z dniem 1 listopada 2023 r.;
 - 2) pkt 2 lit. a tiret pierwsze w zakresie lp. 3 „Etap podstawowy” kolumna 2 ust. 1 pkt 2 i 3 oraz ust. 2 oraz tiret drugie podwójne tiret czwarte i piąte, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2024 r.;
 - 3) pkt 2 lit. a tiret drugie podwójne tiret drugie w zakresie lp. 3 „Etap podstawowy” kolumna 3 ust. 2 pkt 2 i podwójne tiret szóste oraz lit. b tiret drugie podwójne tiret pierwsze w zakresie lp. 3 „Etap pogłębionej diagnostyki” kolumna 3 ust. 2 pkt 1 lit. b oraz pkt 3, które wchodzi w życie z dniem 30 września 2025 r.”;
- 2) § 2 i § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 maja 2024 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 767), które stanowią:

„§ 2. Kobiety, które zostały zakwalifikowane do udziału w programie zdrowotnym „Program badań prenatalnych” przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, biorą udział w tym programie na dotychczasowych zasadach.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.”;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 25 lipca 2025 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1004).

- 3) § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 marca 2025 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 298), który stanowi:
- „§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.”;
- 4) § 2 i § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 czerwca 2026 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 754), które stanowią:
- „§ 2. Materiał do przesiewowego badania cytologicznego pobrany z szyjki macicy przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia podlega ocenie zgodnie z dotychczasowymi przepisami, nie dłużej niż do dnia 31 sierpnia 2026 r.
- § 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 sierpnia 2026 r.”;
- 5) § 2 i § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 lipca 2026 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 976), które stanowią:
- „§ 2. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dotyczące świadczeń gwarantowanych określonych w lp. 9 załącznika do rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu określonym w załączniku do niniejszego rozporządzenia, zawiera się na okres rozpoczynający się nie wcześniej niż z dniem 1 października 2026 r.
- § 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.”.

Minister Zdrowia: wz. *T. Maciejewski*

Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia
z dnia 16 września 2026 r. (Dz. U. poz. 1310)

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 6 listopada 2013 r.

w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych

Na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1) chorób krwi i narządów krwiotwórczych,
- 2) chorób nowotworowych,
- 3) chorób oczu,
- 4) chorób przemiany materii,
- 5) chorób psychicznych i zaburzeń zachowania,
- 6) chorób skóry i tkanki podskórnej,
- 7) chorób układu krążenia,
- 8) chorób układu moczowo-płciowego,
- 9) chorób układu nerwowego,

¹⁾ Na dzień ogłoszenia obwieszczenia w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej działem administracji rządowej – zdrowie kieruje Minister Zdrowia, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 25 lipca 2025 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1004).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2025 r. poz. 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz. 26, 203, 791, 972, 986 i 1007.

- 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 gwarantowanych udzielanych od dnia 1 stycznia 2014 r.

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

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

§ 8. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia³⁾.

³⁾ Rozporządzenie zostało ogłoszone w dniu 11 grudnia 2013 r.

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. (Dz. U. z 2026 r. poz. 1310)⁴⁾

**WYKAZ ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU PROGRAMÓW
ZDROWOTNYCH ORAZ WARUNKI ICH REALIZACJI**

Lp.	Nazwa programu zdrowotnego	
1.	Program profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)	
Zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych	
	Świadczeniobiorcy	Świadczeniodawcy
1	2	3
Etap podstawowy I. Poradnictwo antynikotynowe: 1) zebranie wywiadu dotyczącego używania wyrobów tytoniowych (w tym nowatorskich wyrobów tytoniowych) lub papierosów elektronicznych, z uwzględnieniem: wieku rozpoczęcia, liczby lat używania tych wyrobów, liczby wypalanych papierosów lub liczby używanych nowatorskich wyrobów tytoniowych (ilości zużywanego tytoniu dziennie lub ilości zużywanego płynu do ponownego napełniania papierosów elektronicznych tygodniowo), liczby prób zaprzestania używania i czasu ich trwania, chęci zaprzestania i motywacji do wprowadzenia zmian, oraz ocena poziomu uzależnienia; 2) przeprowadzenie wywiadu dotyczącego chorób współistniejących; 3) pomiar masy ciała, wzrostu, ciśnienia tętniczego krwi; 4) badanie fizykalne;	1. Kryteria kwalifikacji do etapu podstawowego I. Poradnictwo antynikotynowe Osoby powyżej 18. roku życia palące tytoń lub używające nowatorskich wyrobów tytoniowych lub papierosów elektronicznych. II. Diagnostyka i profilaktyka POChP Osoby pomiędzy 40. a 65. rokiem życia (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia), które nie miały wykonanych badań spirometrycznych w ramach programu w okresie ostatnich 36 miesięcy, u których nie zdiagnozowano wcześniej, w sposób potwierdzony badaniem spirometrycznym, POChP (lub przewlekłego zapalenia oskrzeli lub rozedmy). 2. Wyłączenie z etapu podstawowego programu oraz ewentualne dodatkowe działania: 1) skierowanie świadczeniobiorcy (osoby ze średnim i wysokim stopniem motywacji do rzucenia	1. Tryb realizacji świadczenia w etapie podstawowym – ambulatoryjny. 2. Warunki wymagane od świadczeniodawców: 1) personel: lekarz posiadający udokumentowane umiejętności w leczeniu zespołu uzależnienia od tytoniu; dopuszcza się możliwość realizowania świadczenia przy dodatkowym udziale pielęgniarki lub położnej posiadających udokumentowane umiejętności w leczeniu zespołu uzależnienia od tytoniu; 2) badanie spirometryczne wykonywane przez lekarza lub pielęgniarkę posiadającą tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub po kursie specjalistycznym w tym zakresie; 3) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: a) podstawowy zestaw reanimacyjny, b) spirometr lub przystawka spirometryczna spełniająca następujące minimalne wymagania techniczne: funkcja

⁴⁾ Ze zmianami wprowadzonymi przez § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 2167), które weszło w życie z dniem 25 października 2023 r., z wyjątkiem § 1 pkt 1 dotyczącym zmiany lp. 2 w części „Etap podstawowy” kolumna 2 ust. 1 pkt 1 i 2 oraz w części „Etap diagnostyczny” kolumna 2 ust. 1 pkt 1 i 2 i pkt 2 lit. a tiret pierwsze w zakresie lp. 3 „Etap podstawowy” kolumna 2 ust. 1 pkt 1, które weszły w życie z dniem 1 listopada 2023 r., § 1 pkt 2 lit. a tiret pierwsze w zakresie lp. 3 „Etap podstawowy” kolumna 2 ust. 1 pkt 2 i 3 oraz ust. 2 oraz tiret drugie podwójne tiret czwarte i piąte, które weszły w życie z dniem 1 stycznia 2024 r., § 1 pkt 2 lit. a tiret drugie podwójne tiret drugie w zakresie lp. 3 „Etap podstawowy” kolumna 3 ust. 2 pkt 2 i podwójne tiret szóste oraz lit. b tiret drugie podwójne tiret pierwsze w zakresie lp. 3 „Etap pogłębionej diagnostyki” kolumna 3 ust. 2 pkt 1 lit. b oraz pkt 3, które weszły w życie z dniem 30 września 2025 r., przez § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 maja 2024 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 767), które weszło w życie z dniem 5 czerwca 2024 r., przez § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 marca 2025 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 298), które weszło w życie z dniem 26 marca 2025 r., przez § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 czerwca 2026 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 754), które weszło w życie z dniem 1 sierpnia 2026 r., oraz przez § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 lipca 2026 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 976), które weszło w życie z dniem 23 lipca 2026 r.

5) edukacja dotycząca skutków zdrowotnych związanych z używaniem wyrobów tytoniowych (w tym nowatorskich wyrobów tytoniowych) oraz papierosów elektronicznych; poinformowanie, że narażenie na bierną inhalację substancji wytwarzanych przez te produkty jest szkodliwe dla zdrowia, szczególnie dla zdrowia dzieci; 6) w przypadku kobiet – dodatkowo poinformowanie, że palenie wyrobów tytoniowych jest czynnikiem ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy, i udzielenie informacji o Programie profilaktyki raka szyjki macicy oraz poinformowanie, iż w okresie prokreacji palenie lub używanie nowatorskich wyrobów tytoniowych lub używanie papierosów elektronicznych może wpływać niekorzystnie na przebieg ciąży i rozwój płodu; 7) porada antynikotynowa z zaplanowaniem leczenia dla świadczeniobiorców, którzy wykażą gotowość rzucenia palenia lub zaprzestania używania nowatorskich wyrobów tytoniowych lub używania papierosów elektronicznych w okresie najbliższych 30 dni, a w przypadku braku motywacji – zidentyfikowanie powodu i uświadomienie zagrożenia chorobami odytoniowymi oraz związanymi z używaniem papierosów elektronicznych; 8) prowadzenie leczenia zgodnie z ustalonym ze świadczeniobiorcą schematem postępowania. II. Diagnostyka i profilaktyka POChP: 1) zebranie wywiadu dotyczącego używania wyrobów tytoniowych (w tym nowatorskich wyrobów tytoniowych) lub papierosów elektronicznych, z uwzględnieniem: wieku rozpoczęcia, liczby lat używania tych wyrobów, liczby wypalanych papierosów lub liczby używanych nowatorskich wyrobów tytoniowych (ilości zużywanego tytoniu dziennie lub ilości zużywanego płynu do ponownego napełniania papierosów elektronicznych tygodniowo), liczby prób zaprzestania używania i czasu ich trwania, chęci zaprzestania i motywacji do wprowadzenia zmian, oraz ocena poziomu uzależnienia; 2) pomiar masy ciała, wzrostu, ciśnienia tętniczego krwi; 3) badanie fizykalne;	palenia oraz kobiety palące w ciąży) do etapu specjalistycznego programu wraz z przekazaniem kopii dokumentacji medycznej dotyczącej przebiegu etapu podstawowego – w przypadku niepowodzenia terapii po 30 dniach; 2) dodatkowo 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.	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, c) pozostałe wyposażenie: – zestaw przeciwwstrząsowy, – waga medyczna ze wzrostomierzem, – aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi, – kozetka lekarska, – stół zabiegowy, – szafka przeznaczona do przechowywania leków i wyrobów medycznych.
--	---	---

4) badanie spirometryczne u osób w wieku 40–65 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia); 5) edukacja dotycząca skutków zdrowotnych używania wyrobów tytoniowych oraz papierosów elektronicznych: a) poinformowanie, że palenie tytoniu jest głównym czynnikiem ryzyka zachorowania na POChP, raka płuca, krtani i pęcherza moczowego i innych chorób nowotworowych oraz chorób układu krążenia, w tym udzielenie informacji na temat profilaktyki chorób układu krążenia, b) zwrócenie uwagi, że narażenie na bierną inhalację substancji wytwarzanych przez wyroby tytoniowe i papierosy elektroniczne jest szkodliwe dla zdrowia, szczególnie dla zdrowia dzieci, c) w przypadku kobiet – poinformowanie również, że palenie tytoniu jest czynnikiem ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy, i udzielenie informacji o Programie profilaktyki raka szyjki macicy, d) zwrócenie uwagi, że jedynym skutecznym sposobem rzucenia palenia jest całkowita rezygnacja z używania wszelkich wyrobów tytoniowych oraz wyrobów powiązanych z wyrobami tytoniowymi; 6) porada antynikotynowa z zaplanowaniem leczenia dla świadczeniobiorców, którzy wykażą gotowość podjęcia leczenia uzależnienia w okresie najbliższych 30 dni, a w przypadku braku motywacji – zidentyfikowanie powodu i uświadomienie zagrożenia chorobami związanymi z używaniem wyrobów tytoniowych i papierosów elektronicznych; 7) prowadzenie leczenia zgodnie z ustalonym ze świadczeniobiorcą schematem postępowania.		
Etap specjalistyczny 1) zebranie wywiadu dotyczącego używania wyrobów tytoniowych (w tym nowatorskich wyrobów tytoniowych) lub papierosów elektronicznych, z uwzględnieniem: wieku rozpoczęcia, liczby lat używania tych wyrobów, liczby wypalanych papierosów (ilości zużywanego tytoniu dziennie lub ilości zużywanego	Kryteria kwalifikacji do etapu specjalistycznego Osoby powyżej 16. roku życia uzależnione od tytoniu, w tym nowatorskich wyrobów tytoniowych (ICD-10: F17), lub uzależnione od używania papierosów elektronicznych, skierowane z etapu podstawowego lub z oddziału szpitalnego oraz zgłaszające się bez skierowania.	1. Tryb realizacji świadczenia w etapie specjalistycznym – ambulatoryjny. 2. Warunki wymagane od świadczeniodawców: 1) personel: a) lekarz, z co najmniej rocznym stażem pracy w zawodzie, posiadający udokumentowane umiejętności w leczeniu zespołu uzależnienia od tytoniu,

pływu do ponownego napełniania papierosów elektronicznych tygodniowo), liczby prób zaprzestania używania i czasu ich trwania, chęci zaprzestania i motywacji do wprowadzenia zmian, oraz ocena poziomu uzależnienia; 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 nikotyny, motywacji do zaprzestania używania wyrobów tytoniowych lub papierosów elektronicznych, symptomów depresji oraz wywiadu dotyczącego objawów abstynencji; 4) badanie przedmiotowe: pomiar masy ciała, wzrostu oraz ciśnienia tętniczego krwi; 5) badanie poziomu tlenu węgla w wydychanym powietrzu; 6) przeprowadzenie wywiadu dotyczącego chorób współistniejących; 7) w przypadku osób pomiędzy 40. a 65. rokiem życia (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia), które nie miały wykonanych badań spirometrycznych w ramach etapu podstawowego programu w okresie ostatnich 36 miesięcy, u których nie zdiagnozowano wcześniej, w sposób potwierdzony badaniem spirometrycznym, POChP (lub przewlekłego zapalenia oskrzeli lub rozedmy) – kontynuacja badań diagnostycznych w zakresie badania spirometrycznego lub RTG klatki piersiowej przez skierowanie do odpowiedniej poradni specjalistycznej; 8) przeprowadzenie edukacji świadczeniobiorców, praktyczne porady dla osób używających wyrobów tytoniowych (w tym nowatorskich wyrobów tytoniowych) lub papierosów elektronicznych: a) poinformowanie, że palenie tytoniu jest głównym czynnikiem ryzyka zachorowania na POChP, raka płuca, krtani i pęcherza moczowego i innych chorób nowotworowych oraz chorób układu krążenia, w tym udzielenie informacji na temat profilaktyki chorób układu krążenia, b) zwrócenie uwagi, że narażenie na bierną inhalację substancji wytwarzanych przez wyroby tytoniowe i papierosy elektroniczne jest szkodliwe dla zdrowia, szczególnie dla zdrowia dzieci,		b) psycholog, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. z 2019 r. poz. 1026, z późn. zm.), posiadający udokumentowane umiejętności w leczeniu zespołu uzależnienia od tytoniu lub specjalista psychoterapii uzależnień, lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, lub osoba posiadająca certyfikat psychoterapeuty, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2026 r. poz. 383), c) pielęgniarka lub położna posiadające udokumentowane umiejętności w leczeniu 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 medyczna ze wzrostomierzem.
--	--	--

c) w przypadku kobiet – poinformowanie, że palenie tytoniu jest czynnikiem ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy, i udzielenie informacji o Programie profilaktyki raka szyjki macicy, d) zwrócenie uwagi, że jedynym skutecznym sposobem rzucenia palenia jest całkowita rezygnacja z używania wyrobów nikotynowych; 9) ustalenie wskazań i przeciwwskazań do farmakoterapii i terapii psychologicznej (osoba, o której mowa w kolumnie 3 pkt 2 ppkt 1 lit. a); 10) ustalenie wskazań i przeciwwskazań do terapii psychologicznej indywidualnej lub grupowej (osoba, o której mowa w kolumnie 3 pkt 2 ppkt 1 lit. b); 11) zaplanowanie schematu leczenia uzależnienia (w tym farmakoterapia i terapia psychologiczna indywidualna albo grupowa i jej realizacja).		
Lp.	Nazwa programu zdrowotnego	
2.	Program profilaktyki raka szyjki macicy	
Zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych	
	Świadczeniobiorcy	Świadczeniodawcy
1	2	3
Etap podstawowy: pobranie materiału z szyjki macicy w celu wykonania przesiewowego testu molekularnego HPV HR oraz badania cytologicznego na podłożu płynnym (LBC) w przypadku dodatniego wyniku testu molekularnego HPV HR.	1. Kryteria kwalifikacji Badanie wykonuje się u kobiet w wieku od 25 do 64 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia): 1) po 36 miesiącach od ostatniego przesiewowego badania cytologicznego w ramach Programu profilaktyki raka szyjki macicy; 2) co 5 lat dla ujemnego wyniku testu HPV HR, bez czynników ryzyka w wywiadzie; 3) co 12 miesięcy dla kobiet obciążonych czynnikami ryzyka (zakażonych wirusem HIV, przyjmujących leki immunosupresyjne); 4) po 12 miesiącach dla dodatniego wyniku testu HPV HR (obejmującego genotypy inne niż 16/18) i prawidłowego wyniku w badaniu cytologicznym (LBC); 5) po 12 miesiącach dla pierwszego ujemnego wyniku testu HPV HR poprzedzonego dodatnim wynikiem testu HPV HR (obejmującego genotypy inne niż 16/18) i prawidłowym wynikiem w badaniu cytologicznym (LBC); 6) po 3 latach dla drugiego ujemnego wyniku testu HPV HR poprzedzonego dodatnim wynikiem testu	1. Tryb realizacji świadczenia Ambulatoryjny w pracowni stacjonarnej lub mobilnej. 2. Warunki wymagane od świadczeniodawców: 1) personel: a) lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub b) lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii (lekarz, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji), lub c) położna posiadająca: – dokument potwierdzający pozytywny wynik egzaminu przeprowadzonego przez podmiot, któremu minister właściwy do spraw zdrowia zlecił przeprowadzenie egzaminów w zakresie umiejętności pobierania rozmazów cytologicznych na potrzeby programu, wydawany w latach 2011–2019, lub – dokument potwierdzający ukończenie kursu dokształcającego przeprowadzonego w latach 2006–2019 przez podmiot, któremu minister właściwy do spraw zdrowia zlecił prowadzenie szkoleń w zakresie

	HPV HR w pierwszym badaniu wykonanym w poprzednich latach (obejmującego genotypy inne niż 16/18) i prawidłowym wynikiem w badaniu cytologicznym (LBC); 7) po 5 latach dla trzeciego ujemnego wyniku testu HPV HR poprzedzono dodatnim wynikiem testu HPV HR w pierwszym badaniu (obejmującego genotypy inne niż 16/18) i prawidłowym wynikiem w badaniu cytologicznym (LBC). 2. Wyłączenie z programu Rozpoznanie nowotworu złośliwego szyjki macicy; po zakończeniu kontroli onkologicznej kobiety spełniające kryteria kwalifikacji do programu ponownie zostają objęte programem (decyzję podejmuje lekarz prowadzący leczenie onkologiczne).	umiejętności pobierania rozmazów cytologicznych na potrzeby programu, lub – dokument potwierdzający ukończenie kursu doształcającego przeprowadzonego przez podmiot, któremu w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030 minister właściwy do spraw zdrowia zlecił prowadzenie szkoleń w zakresie umiejętności pobierania rozmazów cytologicznych na potrzeby programu, lub – dokument potwierdzający pozytywny wynik egzaminu przeprowadzonego przez podmiot, któremu w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030 minister właściwy do spraw zdrowia zlecił przeprowadzenie egzaminów w zakresie umiejętności pobierania rozmazów cytologicznych na potrzeby programu, lub d) położna podstawowej opieki zdrowotnej posiadająca: – dokument potwierdzający pozytywny wynik egzaminu przeprowadzonego przez podmiot, któremu minister właściwy do spraw zdrowia zlecił przeprowadzenie egzaminów w zakresie umiejętności pobierania rozmazów cytologicznych na potrzeby programu, wydawany w latach 2011–2019, lub – dokument potwierdzający ukończenie kursu doształcającego przeprowadzonego w latach 2006–2019 przez podmiot, któremu minister właściwy do spraw zdrowia zlecił prowadzenie szkoleń w zakresie umiejętności pobierania rozmazów cytologicznych na potrzeby programu, lub – dokument potwierdzający ukończenie kursu doształcającego przeprowadzonego przez podmiot, któremu w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030 minister właściwy do spraw zdrowia zlecił prowadzenie szkoleń w zakresie umiejętności pobierania rozmazów cytologicznych na potrzeby programu, lub – dokument potwierdzający pozytywny wynik egzaminu przeprowadzanego przez podmiot, któremu w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030 minister właściwy do spraw zdrowia zlecił przeprowadzenie egzaminów w zakresie umiejętności pobierania rozmazów cytologicznych na potrzeby programu;
--	--	---

		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, d) zwalidowane podłoże płynne do realizacji zarówno badań HPV HR, jak i LBC.
Etap diagnostyczny: 1) test molekularny HPV HR z genotypowaniem HPV 16/18 – wykonanie i sformułowanie wyniku; 2) opracowanie i ocena mikroskopowa materiału cytologicznego pobranego z szyjki macicy (LBC) po uzyskaniu dodatniego wyniku testu molekularnego w kierunku HPV HR; sformułowanie wyniku badania cytologicznego wymazu z szyjki macicy według Systemu Bethesda 2014.	1. Kryteria kwalifikacji: Badanie wykonuje się u kobiet w wieku od 25 do 64 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia): 1) po 36 miesiącach od ostatniego przesiewowego badania cytologicznego w ramach Programu profilaktyki raka szyjki macicy; 2) co 5 lat dla ujemnego wyniku testu HPV HR, bez czynników ryzyka w wywiadzie; 3) co 12 miesięcy dla kobiet obciążonych czynnikami ryzyka (zakażonych wirusem HIV, przyjmujących leki immunosupresyjne); 4) po 12 miesiącach dla dodatniego wyniku testu HPV HR (obejmującego genotypy inne niż 16/18) i prawidłowego wyniku w badaniu cytologicznym (LBC); 5) po 12 miesiącach dla pierwszego ujemnego wyniku testu HPV HR poprzedzonego dodatnim wynikiem testu HPV HR (obejmującego genotypy inne niż 16/18) i prawidłowym wynikiem w badaniu cytologicznym (LBC); 6) po 3 latach dla drugiego ujemnego wyniku testu HPV HR poprzedzonego dodatnim wynikiem testu HPV HR w pierwszym badaniu wykonanym w poprzednich latach (obejmującego genotypy inne niż 16/18) i prawidłowym wynikiem w badaniu cytologicznym (LBC); 7) po 5 latach dla trzeciego ujemnego wyniku testu HPV HR poprzedzonego dodatnim wynikiem testu HPV HR w pierwszym badaniu (obejmującego genotypy inne niż 16/18) i prawidłowym wynikiem w badaniu cytologicznym (LBC). W przypadku skierowania do etapu diagnostyki pogłębionej liczbę i interwał badań kontrolnych ustala lekarz. 2. Wyłączenie z programu Rozpoznanie nowotworu złośliwego szyjki macicy; po zakończeniu kontroli onkologicznej kobiety spełniające kryteria kwalifikacji do programu ponownie zostają objęte programem (decyzję podejmuje lekarz prowadzący leczenie onkologiczne).	1. Tryb realizacji świadczenia Ambulatoryjny. 2. Warunki wymagane od świadczeniodawców: 1) zakłady patomorfologii posiadające w lokalizacji lub w dostępie z podmiotem działającym na terenie jednego województwa: a) pracownię molekularną, b) pracownię cytologiczną lub 2) medyczne laboratorium diagnostyczne wpisane do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych posiadające w lokalizacji lub w dostępie z podmiotem działającym na terenie jednego województwa lub dwóch sąsiednich województw: a) pracownię molekularną, b) pracownię cytologiczną; uzyskanie przez pracownię realizującą etap diagnostyczny pozytywnego wyniku kontroli jakości badań przeprowadzanej przez podmiot, któremu minister właściwy do spraw zdrowia zlecił prowadzenie kontroli; 3) personel: a) pracownia molekularna: – diagnosta laboratoryjny lub – lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie analityki lub w dziedzinie mikrobiologii, lub w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej lub lekarz posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie mikrobiologii, lub lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej lub w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej, b) pracownia cytologiczna: – lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie patomorfologii lub posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie patomorfologii lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie patomorfologii, który ukończył kurs cytologii ginekologicznej w ramach szkolenia specjalizacyjnego i który posiada udokumentowane co najmniej dwuletnie doświadczenie w ocenie preparatów cytologicznych oraz wykonał w tym okresie co najmniej 300 ocen preparatów cytologii ginekologicznej, – diagności laboratoryjni posiadający specjalizację w dziedzinie cytomorfologii medycznej lub diagności laboratoryjni

		posiadający udokumentowane co najmniej trzyletnie doświadczenie w ocenie preparatów cytologii ginekologicznej, którzy wykonali w tym okresie co najmniej 15 000 ocen badań tych preparatów; 4) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: a) pracownia molekularna: – podłoże do utrwalania i przechowywania materiału cytologicznego zwalidowane do wykonywania badań zarówno HPV HR, jak i LBC, – aparatura, odczynniki oraz materiały do wykonywania oznaczeń – certyfikowany i zwalidowany test HPV HR, wykonywany zgodnie z niemodyfikowaną instrukcją producenta, – system wentylacji i wyciągów blatów i powierzchni roboczych, – pozostały niezbędny sprzęt laboratoryjny i odczynniki, które spełniają wymogi określone w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/746 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro oraz uchylecia dyrektywy 98/79/WE i decyzji Komisji 2010/227/UE i w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylecia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG (art. 2 pkt 2 i 3) oraz posiadają karty charakterystyki i odpowiednie atesty, b) pracownia cytologiczna: – zwalidowany system badania cytologicznego na podłożu płynnym, – podłoże do przechowywania i utrwalania materiału cytologicznego, – system wentylacji i wyciągów blatów i powierzchni roboczych, – minimum dwa mikroskopy spełniające co najmniej następujące warunki: uniwersalny system optyki skorygowanej do nieskończoności, umożliwiający ocenę preparatów w tzw. szerokim polu, wyposażony w co najmniej trzy obiektywy o powiększeniu 10x, 20x i 40x (lub wyższym), okular o powiększeniu co najmniej 10x lub system skanowania preparatów i stacje umożliwiające ocenę preparatów cyfrowych, – urządzenie do automatycznego barwienia materiału, – wirówka lub cytowirówka, – niezbędny sprzęt laboratoryjny i odczynniki, które spełniają wymogi określone zgodnie z rozporządzeniem
--	--	--

		Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/746 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro oraz uchylenia dyrektywy 98/79WE i decyzji Komisji 2010/227/UE i rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylenia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG (art. 2 pkt 2 i 3) oraz posiadają karty charakterystyki i odpowiednie atesty.
Etap pogłębionej diagnostyki 1) kolposkopia lub 2) kolposkopia z celowym pobraniem wycinków i badaniem histopatologicznym.	1. Kryteria kwalifikacji Skierowanie z podstawowego etapu programu. 2. Wyłączenie z programu Skierowanie (poza programem) do dalszej diagnostyki lub leczenia – w przypadku rozpoznania nowotworu szyjki macicy.	1. Tryb realizacji świadczenia Ambulatoryjny. 2. Warunki wymagane od świadczeniodawców: 1) personel: a) lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub b) lekarz specjalista w dziedzinie ginekologii onkologicznej, lub c) lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii, posiadający udokumentowane umiejętności w zakresie wykonywania 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) wymóg zgłaszania do regionalnego rejestru nowotworów uzyskanych dodatkowych wyników badań na kartach zgłoszenia nowotworu złośliwego Mz/N1-a z dopiskiem „S” (skryning) – w przypadku rozpoznania nowotworu.
Lp.	Nazwa programu zdrowotnego	
3.	Program profilaktyki raka piersi	
Zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych	
	Świadczeniobiorcy	Świadczeniodawcy
1	2	3
Etap podstawowy – mammografia skryningowa obu piersi (każdej piersi w dwóch projekcjach).	1. Kryteria kwalifikacji: 1) badanie wykonuje się co 24 miesiące u kobiet w wieku od 45 do 74 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia); 2) badanie wykonuje się co 12 miesięcy u kobiet w wieku od 45 do 74 lat, które po 5 latach od leczenia chirurgicznego	1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny w pracowni stacjonarnej lub mobilnej. 2. Warunki wymagane od świadczeniodawców: 1) personel: a) lekarz specjalista radiologii lub rentgendiagnostyki, lub radiodiagnostyki, lub

	gicznego raka piersi pozostają w trakcie uzupełniającej hormonoterapii (HT); 3) badanie wykonuje się co 12 miesięcy u kobiet w wieku od 45 do 74 lat, które zakończyły leczenie raka piersi i 5-letni proces monitorowania po zakończonym leczeniu. 2. Wyłączenie z programu: 1) objęcie kobiety „Opieką nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi lub raka jajnika” na etapie „Nadzór i badania diagnostyczne” realizowaną w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej; 2) objęcie kobiety „Kompleksową opieką onkologiczną nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi” realizowaną w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego lub rehabilitacji leczniczej.	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) elektroradiolog; 2) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: mammograf cyfrowy*); 3) pozytywny wynik kontroli jakości badań mammograficznych, przeprowadzanej co roku przez Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, a w przypadku negatywnego wyniku kontroli jakości badań mammograficznych – dostarczenie do Instytutu dokumentacji potwierdzającej usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości; 3a) wynik kontroli jakości badań mammograficznych, o którym mowa w pkt 3, przeprowadzonej do dnia 31 grudnia 2023 r. zachowuje ważność przez 12 miesięcy od dnia przeprowadzenia kontroli jakości; 4) pozytywny wynik audytu klinicznego zdjęć mammograficznych, przeprowadzanego nie rzadziej niż raz na 24 miesiące przez Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy na podstawie zdjęć mammograficznych przesłanych do Instytutu; do celu audytu mammografii cyfrowych (MC) świadczeniodawca jest obowiązany do wysłania zestawu zdjęć zarchiwizowanych na płytach CD z każdego mammografu; 4a) wynik audytu klinicznego zdjęć mammograficznych, o którym mowa w pkt 4, przeprowadzonego do dnia 31 grudnia 2023 r. zachowuje ważność przez 24 miesiące od dnia przeprowadzenia audytu klinicznego zdjęć mammograficznych; 5) w przypadku konieczności skierowania świadczeniobiorcy do etapu pogłębionej diagnostyki – przekazanie świadczeniobiorcy opisu wyniku badania oraz 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; 7) w przypadku braku możliwości spełnienia warunku określonego w pkt 6, w sytuacjach niezależnych od świadczeniodawcy, dopuszcza się wydłużenie terminu, o którym mowa w pkt 6, do 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Dopuszcza się możliwość ponownego wystąpienia świadczeniodawcy do postępowania konkursowego niewcześniej niż po upływie 12 miesięcy od daty negatywnego wyniku audytu klinicznego zdjęć mammograficznych.
Etap pogłębionej diagnostyki 1) porada lekarska, stanowiąca 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 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) (uchylony); 5) wykonanie biopsji gruczołowej – biopsja gruczołowa piersi przezskórna z pełną diagnostyką (badanie histopatologiczne) z użyciem technik obrazowych w przypadku nieprawidłowości stwierdzonych w badaniu mammograficznym lub USG; 5a) wykonanie oceny immunohistochemicznej receptora Er, PgR i HER 2 oraz Ki67 z materiału z biopsji gruczołowej guza piersi w przypadku potwierdzenia w badaniu histopatologicznym komórek raka piersi; 6) podjęcie decyzji dotyczącej dalszego postępowania.	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 radiodiagnostyki z udokumentowanym odpowiednim doświadczeniem w dokonywaniu oceny mammografii skryningowych (co najmniej dwóch lekarzy – gdy wykonywana jest tylko mammografia uzupełniająca), – elektroradiolog, b) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: mammograf cyfrowy*); 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) (uchylony);

		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
Poradnictwo i badania biochemiczne: 1) estriol; 2) α -fetoproteina (AFP); 3) gonadotropina kosmówkowa – wolna podjednostka beta (free- β -HCG); 4) białko PAPP-A – osoczowe białko ciążowe A z komputerową oceną ryzyka wystąpienia choroby płodu.	Kryteria kwalifikacji Badania wykonuje się u kobiet pomiędzy 11. a 14. tygodniem ciąży. Do udziału w programie w części „Poradnictwo i badania biochemiczne” jest wymagane skierowanie wystawione przez lekarza prowadzącego ciążę, zawierające informację o zaawansowaniu ciąży w tygodniach.	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 obowiązujące standardy i rekomendacje w dziedzinie oceny testów biochemicznych wykonywanych w diagnostyce prenatalnej.
Poradnictwo i USG płodu w kierunku diagnostyki wad wrodzonych	Kryteria kwalifikacji Badania wykonuje się w: 1) I trymestrze ciąży pomiędzy 11. a 14. tygodniem; 2) II trymestrze ciąży pomiędzy 18. a 22. tygodniem i 6. dniem ciąży. Do udziału w programie w części „Poradnictwo i USG płodu w kierunku diagnostyki wad wrodzonych” jest wymagane skierowanie wystawione przez lekarza prowadzącego ciążę, zawierające informację o zaawansowaniu ciąży w tygodniach.	1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny. 2. Warunki wymagane od świadczeniodawców: 1) personel: a) co najmniej jeden lekarz specjalista położnictwa i ginekologii, który posiada udokumentowane umiejętności w zakresie badań ultrasonograficznych, albo b) lekarz z kwalifikacjami określonymi w lit. a oraz lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie położnictwa i ginekologii lub inny lekarz specjalista, w szczególności w dziedzinie pediatrii, genetyki klinicznej, którzy posiadają udokumentowane umiejętności w zakresie badań ultrasonograficznych;

		2) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: - aparat ultrasonograficzny wyposażony w dwie głowice: convex przebrzuszny 3,5–5 (6) MHz i głowicę prze pochwową 7–9 (10) MHz, z opcją kolorowego Dopplera, - komputer wraz z oprogramowaniem certyfikowanym, umożliwiającym kalkulację ryzyka wystąpienia aneuploidii zgodnie z kryteriami określonymi przez obowiązujące standardy i rekomendacje, wraz z aktualną licencją, - program komputerowy obliczający ryzyko aberracji chromosomalnych wraz z aktualną licencją.
Poradnictwo i badania genetyczne: - klasyczne badania cytogenetyczne (techniki prążkowe – prążki GTG, CBG, Ag-NOR, QFQ, RBG i wysokiej rozdzielczości HRBT z analizą mikroskopową chromosomów); - 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); - 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: - wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka; - stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka; - stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenowo lub wieloczynnikową; - stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu. Do udziału w programie w części „Poradnictwo i badania genetyczne” jest wymagane skierowanie wystawione przez lekarza prowadzącego ciążę lub skierowanie z etapu „Poradnictwo i USG płodu w kierunku diagnostyki wad wrodzonych”, zawierające informację o wskazaniach do objęcia tą częścią programu wraz z opisem nieprawidłowości i dołączonymi wynikami badań potwierdzającymi zasadność skierowania do tej części programu.	1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny. 2. Warunki wymagane od świadczeniodawców: - laboratorium wpisane do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych; - personel: - lekarz specjalista genetyki klinicznej, - diagnosta laboratoryjny ze specjalizacją laboratoryjnej genetyki medycznej; - wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: - mikroskop, - termocykler, - wirówka preparacyjna, - pipeta automatyczna.
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: - wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka; - stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka; - stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenowo lub wieloczynnikową;	1. Tryb realizacji świadczenia: - ambulatoryjny; - szpitalny. 2. Warunki wymagane od świadczeniodawców: - personel: - lekarz specjalista położnictwa i ginekologii lub - lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii posiadający zaświadczenie kierownika specjalizacji potwierdzające umiejętności w tym zakresie; - wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: zestaw do pobierania materiału płodowego.

	4) stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu. Do udziału w programie w części „Pobranie materiału płodowego do badań genetycznych (amniopunkcja lub biopsja trofoblastu lub kordocenteza)” jest wymagane skierowanie wystawione przez lekarza prowadzącego ciążę lub skierowanie z etapu „Poradnictwo i USG płodu w kierunku diagnostyki wad wrodzonych”, zawierające informację o wskazaniach do objęcia tą częścią programu wraz z opisem nieprawidłowości i dołączonymi wynikami badań potwierdzającymi zasadność skierowania do tej części programu.	3. Pozostałe wymagania: 1) podanie immunoglobuliny anti-RhD pacjentce RhD-ujemnej po inwazyjnej diagnostyce prenatalnej; 2) świadczenie polega na podaniu immunoglobuliny anti-RhD zgodnie z aktualnymi zaleceniami konsultantów krajowych w dziedzinie położnictwa i ginekologii, transfuzjologii klinicznej oraz perinatologii.
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		
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, pośredkowym 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,	1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny. 2. Dziedzina medycyny: stomatologia – ortodoncja. 3. Warunki wymagane od świadczeniodawców: 1) personel: a) nie mniej niż jeden lekarz dentysta specjalista ortodoncji, b) nie mniej niż jeden lekarz dentysta specjalista w dziedzinie ortodoncji z co najmniej 3-letnim doświadczeniem w leczeniu wad rozwojowych i umiejętnością leczenia aparatami stałymi lub nie mniej niż dwóch lekarzy dentyków 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:

	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, 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 z całkowitym rozszczepem podniebienia pierwotnego lub wtórnego, lub	– uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub – rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. i ukończyła studia wyższe w zakresie logopedii, obejmujące co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii, i uzyskała tytuł magistra, lub – ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii, lub – rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1998 r. i ukończyła studia wyższe na kierunku albo w specjalności logopedia obejmujące co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii i uzyskała tytuł licencjata lub magistra na tym kierunku, lub – rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1998 r. i ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii, lub – rozpoczęła przed dniem 31 grudnia 1998 r. i ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii; 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.
--	---	--

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		3
Kompleksowy sposób postępowania z pacjentem w stanie śpiączki i zgodnie z zaleceniami zespołu terapeutycznego: 1) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy; 2) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki; 3) badania zlecone przez lekarza;		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,
		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.

4) leczenie farmakologiczne; 5) leczenie bólu; 6) leczenie spastyczności przy zastosowaniu toksyny botulinowej; 7) leczenie innych objawów somatycznych; 8) opieka psychologiczna nad świadczeniobiorcą i jego rodziną; 9) rehabilitacja; 10) zapobieganie powikłaniom; 11) żywienie dojelitowe i pozajelitowe; 12) zaopatrzenie w wyroby medyczne i konieczne do wykonania świadczenia gwarantowanego.	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 oddechowa 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 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) w przypadku gdy pacjent w trakcie leczenia w programie wymaga realizacji świadczeń z innego zakresu przez okres dłuższy niż 5 dni każdorazowo po zakończonej hospitalizacji, decyzję o kontynuacji leczenia w programie podejmuje zespół terapeutyczny dokonujący oceny stanu pacjenta, w oparciu o kryteria medyczne. 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.	3. Personel medyczny w przeliczeniu na piętnaście łóżek: 1) równoważnik co najmniej 2 etatów – lekarz specjalista w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej oraz lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji oraz lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii; 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) osoba, która uzyskała w polskiej uczelni dyplom magistra psychologii lub uzyskała za granicą wykształcenie uznane za równorzędne w Rzeczypospolitej Polskiej z dyplomem magistra psychologii, b) osoba, która: – uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub – rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. i ukończyła studia wyższe w zakresie logopedii, obejmujące co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii i uzyskała tytuł magistra, lub – ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii, lub – rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1998 r. i ukończyła studia wyższe na kierunku albo w specjalności logopedia obejmujące co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii i uzyskała tytuł licencjata lub magistra na tym kierunku, lub – rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1998 r. i ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii, lub – rozpoczęła przed dniem 31 grudnia 1998 r. i ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii; 4) równoważnik co najmniej 5 etatów – osoba, która: a) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe z zakresu fizjoterapii
--	--	--

		obejmujące co najmniej 2435 godzin kształcenia w zakresie fizjoterapii i uzyskała tytuł licencjata lub dodatkowo co najmniej 1440 godzin kształcenia w zakresie fizjoterapii i uzyskała tytuł magistra, lub b) rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1997 r. studia wyższe na kierunku fizjoterapia, zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach i uzyskała tytuł licencjata lub magistra na tym kierunku, lub c) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe na kierunku rehabilitacja ruchowa lub rehabilitacja i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku, lub d) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe w Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej, lub e) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończyła w ramach studiów dwuletnią specjalizację z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej potwierdzoną legitymacją instruktora rehabilitacji ruchowej lub gimnastyki leczniczej, lub f) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończyła 3-miesięczny kurs specjalizacyjny z rehabilitacji, lub g) 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; 9) laryngologii lub laryngologii dziecięcej. 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: a) anestezjologii i intensywnej terapii, b) chirurgii, c) ortopedii, d) gastrologii, e) neurologii, f) neurochirurgii; 4) w sali chorego zapewnia się bezpłatnie miejsce noclegowe dla rodzica lub opiekuna z możliwością przebywania z dzieckiem podczas realizacji programu. 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 przeciwoleżynowe oraz inny sprzęt przeciwoleżynowy; 3) sprzęt ułatwiający pielęgnację – zintegrowany system do higieny ciała, podnośniki, parawany, pasy ślizgowe; 4) koncentrator tlenu lub inne dostępne źródło tlenu w liczbie co najmniej jeden na każde pięć łóżek; 5) ssak elektryczny w liczbie co najmniej jeden na każde trzy łóżka; 6) inhalatory, co najmniej jeden na każde pięć łóżek; 7) pompy strzykawkowe w liczbie co najmniej jedna na każde pięć łóżek; 8) pompy objętościowe w liczbie co najmniej jedna na każde pięć łóżek; 9) waga łóżkowa; 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; 11) aparat EEG, który znajduje się w budynku lub zespole budynków oznaczonych tym samym adresem, w którym lub w których jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń. 7. Wyposażenie w sprzęt rehabilitacyjny co najmniej w: 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 umożliwiających monitorowanie stanu pacjenta zgodnie z kryteriami określonymi przez zespół.
--	--	--

Lp.	Nazwa programu zdrowotnego	
7.	Leczenie dorosłych chorych ze śpiączką (rozpoznanie zasadnicze ICD10: R40.2)	
Zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych	
	Świadczeniobiorcy	Świadczeniodawcy
1	2	3
Kompleksowy sposób postępowania ze świadczeniobiorcami w stanie śpiączki zgodnie z zaleceniami zespołu terapeutycznego: 1) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy; 2) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki; 3) badania diagnostyczne zlecone przez lekarza; 4) leczenie farmakologiczne; 5) leczenie bólu; 6) leczenie spastyczności przy zastosowaniu toksyny botulinowej, zgodnie z opisem programu lekowego określonego w obwieszczeniu ogłaszanym na podstawie art. 37 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 253, z późn. zm.); 7) w leczeniu spastyczności przy zastosowaniu pompy baklofenowej: a) wszczepienie pompy baklofenowej, na warunkach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 870, z późn. zm.), b) uzupełnianie pompy baklofenem, na warunkach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, z późn. zm.); 8) leczenie objawów somatycznych; 9) opieka psychologiczna nad świadczeniobiorcą i jego rodziną; 10) rehabilitacja; 11) zapobieganie powikłaniom; 12) żywienie dojelitowe i pozajelitowe; 13) zaopatrzenie w wyroby medyczne konieczne do wykonania świadczenia gwarantowanego.	1. Skierowanie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego na leczenie w programie bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji (jako kontynuacja leczenia szpitalnego). 2. Kwalifikacji do programu dokonuje zespół terapeutyczny na podstawie skierowania i spełnienia przez świadczeniobiorców następujących kryteriów kwalifikacji: 1) od 6 do 8 punktów w skali Glasgow (GSC); 2) pozostawanie w stanie śpiączki w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od dnia urazu lub 6 miesięcy od dnia wystąpienia śpiączki nieurazowej; 3) stabilność podstawowych parametrów życiowych; 4) stabilność oddechu bez wspomagania mechanicznego; 5) ukończony 18. rok życia w dniu przyjęcia; 6) czas od zdarzenia wywołującego śpiączkę niekrótszy niż 6 tygodni. 3. Określenie czasu leczenia w programie: 1) decyzję o czasie leczenia podejmuje zespół terapeutyczny na podstawie kryteriów medycznych; 2) czas leczenia w programie nie powinien trwać dłużej niż 12 miesięcy od dnia rozpoczęcia leczenia w programie; 3) w przypadkach uzasadnionych stanem klinicznym świadczeniobiorcy, jeżeli wydłużenie leczenia przyniesie świadczeniobiorcy korzyści zdrowotne, ustalone na podstawie kryteriów medycznych przyjętych przez zespół terapeutyczny, zespół ten może wyrazić zgodę na wydłużenie leczenia w programie do 15 miesięcy; 4) w przypadku gdy świadczeniobiorca w trakcie leczenia w programie wymaga realizacji świadczeń z innego zakresu przez okres dłuższy niż 5 dni, decyzję o kontynuacji leczenia w programie podejmuje zespół terapeutyczny dokonujący oceny stanu świadczeniobiorcy, na	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 świadczeniobiorcy. 3. Personel medyczny w przeliczeniu na 15 łóżek: 1) równoważnik co najmniej 2 etatów – lekarz specjalista w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii oraz lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub rehabilitacji w chorobach narządów ruchu, lub rehabilitacji ogólnej; 2) równoważnik co najmniej 16 etatów – pielęgniarki, w tym pielęgniarki specjalistki lub z ukończonym kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa: a) anestezjologicznego i intensywnej opieki lub b) opieki długoterminowej, lub przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub c) neurologicznego – lub w trakcie odbywania tych specjalizacji lub kursów; 3) równoważnik co najmniej 1 etatu: a) osoba, która jest psychologiem, posiadającym tytuł specjalisty w dziedzinie psychologia kliniczna lub uzyskała dyplom magistra psychologii, lub uzyskała za granicą dyplom uznany za równorzędny w Rzeczypospolitej Polskiej z dyplomem magistra psychologii, b) osoba, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności logopedia obejmujące w programie nauczania co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii, lub ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii, lub ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii; 4) równoważnik co najmniej 5 etatów – fizjoterapeuci.

	podstawie kryteriów medycznych każdorazowo po zakończonej hospitalizacji. 4. Monitorowanie efektów leczenia: 1) zespół terapeutyczny w przedziale 180–210 dni oraz 330–360 dni, od dnia rozpoczęcia leczenia w programie, na podstawie ustalonych kryteriów medycznych dokonuje monitorowania efektów leczenia w ramach programu; 2) w wyniku przeprowadzonego monitorowania zespół terapeutyczny podejmuje decyzję o zakończeniu lub kontynuacji leczenia, w tym o ewentualnym wydłużeniu leczenia w programie. 5. Określenie kryteriów skuteczności leczenia 1) uzyskanie w ocenie końcowej świadczeniobiorcy, zwiększenia liczby punktów w skali Glasgow (GCS) do poziomu powyżej 8; 2) spełnianie podstawowych poleceń (pomijając pacjentów z uszkodzeniem ogniskowym układu nerwowego). 6. Określenie trybu postępowania ze świadczeniobiorcą, który zakończył udział w programie – przez 3 lata po zakończeniu udziału świadczeniobiorcy w programie, świadczeniobiorca, jego opiekun prawny lub opiekun faktyczny nierazdziej niż raz w roku są poddawani korespondencyjnemu badaniu ankietowemu, które ma na celu monitorowanie efektów leczenia.	4. Udokumentowane zapewnienie dostępu do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: 1) anestezjologii i intensywnej terapii; 2) audiologii i foniatrii; 3) neurochirurgii; 4) okulistyki; 5) chorób wewnętrznych; 6) psychiatrii; 7) urologii; 8) ortopedii i traumatologii narządu ruchu. 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 świadczeniobiorców i ciągłości postępowania w zakresie: a) anestezjologii i intensywnej terapii, b) radiologii (badania radiologiczne klatki piersiowej, tomografia komputerowa głowy, rezonans magnetyczny z możliwością wykonywania badań czynnościowych mózgu fMRI, w tym w zakresie reakcji mózgu na bodźce wzrokowe, obrazowe i słuchowe), c) neurofizjologii (badanie EEG, video-EEG, słuchowe, somatosensoryczne motoryczne, potencjały wywołane), d) chirurgii ogólnej, e) ortopedii i traumatologii narządu ruchu, f) gastroenterologii, g) neurologii, h) neurochirurgii. 6. Wyposażenie w sprzęt medyczny: 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 oraz 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) inhalator w liczbie co najmniej 1 na każde rozpoczęte 5 łóżek; 7) pompa strzykawkowa w liczbie co najmniej 1 na każde rozpoczęte 5 łóżek;
--	--	---

		8) pompa objętościowa w liczbie co najmniej 1 na każde rozpoczęte 5 łóżek; 9) waga łóżkowa; 10) respirator w liczbie co najmniej 1 w miejscu udzielania świadczeń; 11) monitor sygnałów fizjologicznych (EKG, saturacja tlenem, ciśnienie tętnicze) w liczbie co najmniej 1 na każde rozpoczęte 5 łóżek; 12) aparat EEG, który znajduje się w budynku, lub zespole budynków oznaczonych tym samym adresem, w którym lub w których jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń. 7. Wyposażenie w sprzęt rehabilitacyjny obejmujący 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 umożliwiających monitorowanie stanu świadczeniobiorcy zgodnie z kryteriami określonymi przez zespół terapeutyczny.
Lp.	Nazwa programu zdrowotnego	
8.	Program badań przesiewowych raka jelita grubego	
Zakres świadczenia gwarantowanego		Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych
		Świadczeniobiorcy Świadczeniodawcy
1		2 3
Wykonanie badania przesiewowego polegającego na realizacji pełnej kolonoskopii z uwidocznieniem dna kątnicy i proksymalnego faldy zastawki Bauhina, w tym: 1) pobranie wycinków z nacieku nowotworowego lub zmian podejrzanych o charakter nowotworowy; 2) usunięcie polipów wielkości do 15 mm; 3) poddanie badaniu histopatologicznemu wszystkich wycinków i usuniętych polipów; 4) wykonywanie badań w znieczuleniu ogólnym u osób: a) po przebytych rozległych operacjach w obrębie jamy brzusznej, zwłaszcza operacjach ginekologicznych, w tym cięciach cesarskich, i operacjach będących wynikiem powikłań medycznych, b) po niepełnych lub bardzo bolesnych badaniach endoskopowych jelita grubego w przeszłości, c) które zgłaszają świadczeniodawcy duży lęk przed wykonaniem badania;		1. Kryteria kwalifikacji 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.
		1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny. 2. Warunki wymagane od świadczeniodawców: 1) personel: a) lekarz specjalista w dziedzinie gastroenterologii lub b) lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych lub chirurgii, lub chirurgii ogólnej, lub chirurgii onkologicznej, lub lekarz z I stopniem specjalizacji w dziedzinie chirurgii ogólnej lub chorób wewnętrznych posiadający udokumentowane potwierdzenie umiejętności wykonywania określonych badań endoskopowych przewodu pokarmowego, c) pielęgniarka z ukończonym kursem w dziedzinie endoskopii lub pielęgniarka posiadająca tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa, uzyskany na podstawie standardów kształcenia, określonych rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego

5) ustalenie dalszych zaleceń dotyczących leczenia u osób poddanych badaniom przesiewowym.		do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz. U. z 2021 r. poz. 755, z późn. zm.), d) w przypadku kolonoskopii realizowanej w znieczuleniu ogólnym zapewnienie dodatkowego personelu: – lekarza posiadającego specjalizację I lub II stopnia z anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, lub lekarza w trakcie specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii bezpośrednio nadzorowanego przez lekarza specjalistę z anestezjologii lub anestezjologii i intensywnej terapii, – pielęgniarki posiadającej tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarki po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki; 2) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: a) co najmniej 2 kolonoskopy, b) co najmniej 1 stanowisko do automatycznego mycia i dezynfekcji endoskopów, c) co najmniej 1 myjka ultradźwiękowa, d) co najmniej 1 diatermia; 3) co najmniej 1 gabinet badań endoskopowych przewodu pokarmowego w miejscu; 4) dla kolonoskopii realizowanej w znieczuleniu ogólnym zapewnienie dodatkowego wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną: a) stanowisko znieczulenia ogólnego wyposażone w: – źródło tlenu, – zasilanie elektryczne z systemem awaryjnym, – monitor wielofunkcyjny z nieinwazyjnym pomiarem ciśnienia tętniczego (NIBP), pomiarem częstości pracy serca (HR), pomiarem wysycenia hemoglobiny tlenem (SPO2), pomiarem częstości oddechów (RR), pomiarem końcowo wydechowego stężenia dwutlenku węgla (EtCO2) (gabinet badań), – ssak, – defibrylator automatyczny lub ustawiany doraźnie, – laryngoskop z wymiennymi łopatkami,
---	--	--

		– worek samorozprężalny typu Ambu, – rurki dotchawicze średnicy 6–9 mm, – maski tlenowe jednorazowe, – maskę tlenową do endoskopii oskrzeli lub gastroskopii, – aparat do znieczulenia z respiratorem anestetycznym, b) sala wybudzeniowa wyposażona w: – źródło tlenu, – pulsoksymetr z pomiarem HR, SPO2 i wykresem fali tętna. 3. Pozostałe wymagania Zgłoszenie przez świadczeniodawcę wykrytych raków jelita grubego do regionalnego rejestru nowotworów lub do Krajowego Rejestru Nowotworów.
Lp.	Nazwa programu zdrowotnego	
9.	Program badań przesiewowych raka płuca	
Zakres świadczenia gwarantowanego		Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych
	Świadczeniobiorcy	Świadczeniodawcy
1	2	3
1. Wizyta kwalifikująca. 2. Badanie obrazowe klatki piersiowej z zastosowaniem niskodawkowej tomografii komputerowej (NDTK) z następowym standaryzowanym opisem zmian istotnych klinicznie stwierdzonych w płucach, śródpiersiu, sercu, naczyniach wieńcowych, ze szczególnym uwzględnieniem guzków płuca jako zmian mogących odpowiadać wczesnemu rakowi płuca. Dla guzków płuca kategoryzacja według systemu LungRADS v. 2 2022.	1. Kryteria kwalifikacji Kwalifikacja do badania następuje podczas wizyty kwalifikującej. Badanie NDTK wykonuje się: 1) co 12 miesięcy u osób w wieku 55–74 lat z konsumpcją tytoniu większą lub równą 20 paczkolet, z okresem abstynencji tytoniowej nie dłuższym niż 15 lat; 2) co 12 miesięcy u osób w wieku 50–54 lat z konsumpcją tytoniu większą lub równą 20 paczkolet, okresem abstynencji tytoniowej nie dłuższym niż 15 lat, u których stwierdza się co najmniej jeden z czynników ryzyka: a) co najmniej 2-letnia ekspozycja zawodowa na minimum jeden z czynników środowiskowych: krzemionkę, beryl, nikiel, chrom, kadm, azbest, związki arsenu, spaliny silników diesla, dym ze spalania węgla kamiennego, sadza, b) ekspozycja na radon, c) indywidualna historia zachorowania na raka: w wywiadzie chłoniak, rak głowy i szyi, rak pęcherza moczowego, d) rak płuca w wywiadzie u krewnych pierwszego stopnia, e) współistnienie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP); 3) co 12 miesięcy u osób w wieku 55–74 lat z konsumpcją tytoniu	1. Tryb realizacji świadczenia – ambulatoryjny w pracowni stacjonarnej lub mobilnej. 2. Warunki wymagane od świadczeniodawców: <u>Wizyta kwalifikująca</u> Personel: 1) lekarz specjalista chorób płuc lub 2) lekarz w trakcie specjalizacji chorób płuc w trakcie modułu specjalistycznego, lub 3) lekarz specjalista chirurgii klatki piersiowej, lub 4) lekarz w trakcie specjalizacji z chirurgii klatki piersiowej w trakcie modułu specjalistycznego, lub 5) lekarz specjalista medycyny rodzinnej, lub 6) lekarz specjalista chorób wewnętrznych, lub 7) lekarz specjalista medycyny pracy. <u>Wykonanie badania NDTK</u> 1) personel: a) lekarz specjalista w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej, posiadający udokumentowane doświadczenie obejmujące samodzielny opis w ostatnich 5 latach co najmniej 300 badań NDTK klatki piersiowej potwierdzone przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej lub

	większą lub równą 20 paczkolet, z okresem abstynencji tytoniowej nie dłuższym niż 15 lat, które zakończyły leczenie raka płuca i 5-letni proces monitorowania po zakończonym leczeniu; 4) u osób, które otrzymały zalecenie kontrolnego badania NDTK w ramach programu badań przesiewowych raka płuca (follow-up), w interwale określonym przez lekarza według zaleceń LungRADS v. 2 2022. 2. Wyłączenie z programu: 1) osoby z rozpoznaniem raka płuca lub choroby nowotworowej z zajęciem układu oddechowego oraz w okresie 5-letniego monitorowania po zakończeniu leczenia; 2) osoby, które miały wykonaną tomografię komputerową klatki piersiowej w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających datę planowanego badania NDTK; 3) osoby z przeciwwskazaniami do wykonania badania NDTK (np. stan ogólny uniemożliwiający wykonanie procedur diagnostycznych); 4) osoby z objawami klinicznymi: krwiotłuciem, chrypka, niezamierzoną utratą masy ciała lub przewlekłym kaszlem trwającym powyżej 8 tygodni.	b) lekarz spełniający wymagania określone w lit. a łącznie z lekarzem: – w trakcie specjalizacji w dziedzinie radiologii lub diagnostyki obrazowej lub – z I stopniem specjalizacji w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki, c) osoba, która: – rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe w zakresie elektroradiologii obejmujące co najmniej 1700 godzin kształcenia w zakresie elektroradiologii i uzyskała co najmniej tytuł licencjata lub inżyniera, – ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności elektroradiologia obejmujące co najmniej 1700 godzin w zakresie elektroradiologii i uzyskała tytuł licencjata lub inżyniera, – ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy technik elektroradiolog lub technik elektroradiologii lub dyplom potwierdzający kwalifikacje w zawodzie technik elektroradiolog, d) specjalista w dziedzinie fizyki medycznej lub fizyk medyczny w zakresie rentgenodiagnostyki i radiologii zabiegowej; 2) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: a) wielorzędowy tomograf komputerowy (multidetektor CT, MDCT) z co najmniej 32 rzędami detektorów, b) wartość tomograficznego wskaźnika dawki CTDI_{vol} badania NDTK $\leq 3\text{mGy}$ dla pacjenta o standardowej wielkości, mierzona za pomocą fantomu CTDI o średnicy 32 cm, c) wartość tomograficznego wskaźnika dawki CTDI_{vol} protokołu NDTK należy zweryfikować podczas testów specjalistycznych, d) dedykowany program walidowany do oceny badań NDTK (certyfikat CE) z automatycznym wykrywaniem guzków płuca (wykrywanie poprzez CAD lub AI), pomiarem wolumetrii oraz automatyczną oceną volume doubling time (VDT).
3. Wizyta wynikowa: 1) przekazanie wyniku badania: a) dla wyniku ujemnego u osób aktualnie niepalących możliwość teleporady – omówienie wyniku, przekazanie zaleceń, b) dla wyniku wątpliwego – wizyta stacjonarna – omówienie wyniku, przekazanie zaleceń, w tym skierowanie na kontrolne badanie NDTK,		1. Tryb realizacji świadczenia Ambulatoryjny, w tym za pośrednictwem systemów teleinformatycznych. 2. Warunki wymagane od świadczeniodawców: Personel: 1) lekarz specjalista chorób płuc lub 2) lekarz w trakcie specjalizacji chorób płuc w trakcie modułu specjalistycznego, lub

c) dla wyniku dodatniego – wizyta stacjonarna – omówienie wyniku, przekazanie zaleceń, w tym skierowanie na dalszą diagnostykę; 2) przekazanie zaleceń i ewentualnych skierowań na dalszą diagnostykę i leczenie w przypadkach uzasadnionych wynikiem badania; 3) przeprowadzenie interwencji antynikotynowej u wszystkich aktywnych palaczy niezależnie od wyniku badania przesiewowego, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej.		3) lekarz specjalista chirurgii klatki piersiowej, lub 4) lekarz w trakcie specjalizacji chirurgii klatki piersiowej w trakcie modułu specjalistycznego, lub 5) lekarz specjalista w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej, posiadający udokumentowane doświadczenie obejmujące samodzielny opis w ostatnich 5 latach co najmniej 300 badań NDTK klatki piersiowej potwierdzone przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej.
---	--	---

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

A. Warunki realizacji świadczenia

- 1) nominalna wielkość dużego ogniska lampy RTG, nie większe niż 0,3 mm;
- 2) generator wysokiej częstotliwości;
- 3) zakres wysokiego napięcia co najmniej 25–31 kV z możliwością zmian niewięcej 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 określającymi zakres oraz częstotliwość wykonywania testów eksploatacyjnych dla urządzeń radiologicznych oraz urządzeń pomocniczych;
- 9) automatyczne zwolnienie ucisku po ekspozycji;
- 10) przeziarna osłona stanowiska technika z materiału o ekwiwalencie co najmniej 0,5 mm Pb;
- 11) szkło powiększające 5-krotnie z soczewką o średnicy co najmniej 10 cm;
- 12) negatoskop dedykowany mammografii z konstrukcyjną możliwością ograniczania pola świecenia do wielkości ocenianych błon mammograficznych (w szczególności negatoskop żaluzjowy lub automatyczny).

B. Pozostałe wymagania dotyczące wyposażenia

1. Mammografia cyfrowa z bezpośrednią rejestracją obrazu (DDR) spełniająca warunki:
 - 1) detektor cyfrowy (DR) o wymiarach: minimum 23×29 cm;
 - 2) formaty obrazu: wymiar minimum 23×29 cm oraz 18×23 cm.
2. Inne wymagania dla mammografii cyfrowej z bezpośrednią rejestracją obrazu (DDR):
 - 1) konsola technika:
 - a) monitor obsługowy dla technika LCD minimum 17",
 - b) matryca obrazów [piksel] $\times$ [piksel] minimum 1280×1024 pikseli (min. 1,3 MP),
 - c) nanoszenie znaczników mammograficznych w postaci graficznej i literowej bezpośrednio z klawiatury obsługowej,
 - d) wyświetlanie zdjęcia podglądowego każdorazowo po wykonaniu projekcji mammograficznej z możliwością akceptacji albo odrzucenia,
 - e) komunikacja przez DICOM 3.0,
 - f) protokoły komunikacji,
 - g) możliwość ręcznego wprowadzenia danych demograficznych świadczeniobiorcy lub pobrania tych informacji z systemu HIS/RIS i połączenia ich z obrazem cyfrowym,
 - h) możliwość archiwizacji badań w 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) dwa monitory obrazowe medyczne skalibrowane pod DICOM z dedykowaną kartą graficzną zapewniającą co najmniej 10-bitowe odwzorowanie skali szarości (co najmniej 1024 poziomy skali szarości) lub
 - c) pojedynczy diagnostyczny monitor szerokoformatowy, którego rozdzielczość i całkowity obszar obrazowania nie są mniejsze niż całkowita rozdzielczość i całkowity obszar obrazowania dwóch diagnostycznych monitorów mammograficznych, o których mowa w lit. b,
 - d) monitory fabrycznie parowane,
 - e) przekątna monitora nie mniejsza niż 21",
 - f) prezentacja obrazu w pionie,
 - g) rozdzielczość każdego monitora nie mniejsza niż 2000 pikseli × 2500 pikseli (5 MP),
 - h) kontrast każdego monitora nie mniejszy niż 500:1,
 - i) maksymalna luminancja: minimum 500 cd/m²,
 - j) 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),
 - k) komunikacja przez DICOM 3.0;
- 3) zestaw do podstawowych testów kontroli jakości w mammografii cyfrowej:
 - a) obrazy testowe TG18 – QC lub 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 ±10 %, powtarzalność ±5 %),
 - d) stała współpraca z pracownią pomiarową lub fizykiem posiadającym uprawnienia do wykonywania testów specjalistycznych w zakresie mammografii.

C. Warunki realizacji świadczenia dla pogłębionej diagnostyki mammograficznej

- 1) lampa rentgenowska z małym ogniskiem dedykowanym do wykonywania zdjęć powiększonych, nie większym niż 0,15 mm;
- 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).

D. Pozostałe warunki realizacji świadczenia

- 1) wykonywanie testu kontroli jakości obrazu oraz testu kompensacji zmian grubości fantomu i wartości wysokiego napięcia w oparciu o europejskie wytyczne „European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis 4th Edition, EUREF” oraz „Supplement 4th edition European Guidelines, EUREF”;
- 2) w przypadkach koniecznych – instalacja nowego detektora obrazu tylko przez autoryzowany serwis producenta mammografu w oparciu o instrukcje producenta aparatu;
- 3) stosowanie systemu podwójnego odczytu obrazów mammograficznych na etapie podstawowym oraz na etapie pogłębionej diagnostyki – gdy jest wykonywana tylko mammografia uzupełniająca.