



Załącznik nr 15

**Standardy realizacji usług w ramach Działania 8.7  
RPO WD 2014-2020**

Wrocław, grudzień 2015 r.

1. Wstęp .....	3
2. Informacje ogólne .....	3
3. Zwrot kosztów dojazdu .....	3
4. Zwrot kosztów opieki nad osobami zależnymi .....	3
5. Warunki realizacji przedsięwzięć w ramach Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi.....	4
6. Warunki realizacji przedsięwzięć w ramach Programu profilaktyki raka szyjki macicy .....	12
7. Warunki realizacji przedsięwzięć w ramach Programu profilaktyki raka jelita grubego .....	17

## **1. Wstęp**

Niniejszy dokument ma na celu wyznaczyć standardy usług możliwych do realizacji w ramach Działania 8.7 Aktywne i zdrowe starzenie się.

Ogólne zasady realizacji projektów wyznaczają dokumenty programowe, *Regionalny Program Operacyjny Województwa Dolnośląskiego 2014-2020*, *Szczegółowy opis osi priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020* oraz wytyczne horyzontalne i szczegółowe Ministra Infrastruktury i Rozwoju. Niektóre z form wsparcia, będących przedmiotem niniejszego dokumentu, stanowią pomoc publiczną i muszą być realizowane na zasadach określonych w przepisach Unii Europejskiej oraz prawodawstwie krajowym.

## **2. Informacje ogólne**

Beneficjenci są zobowiązani do realizowania projektów zgodnie z przepisami prawa oraz obowiązującymi dokumentami programowymi, w tym w szczególności z SzOOP RPO WD, wytycznymi horyzontalnymi Ministra Infrastruktury i Rozwoju i zapisami regulaminu konkursu.

Zasady określają sposób postępowania przy realizacji wybranych działań w tym:

- a) zwrotu kosztów dojazdu;
- b) zapewnienie opieki nad osobami zależnymi;
- c) warunki realizacji projektów w zakresie poszczególnych programów profilaktycznych.

## **3. Zwrot kosztów dojazdu**

W celu zwiększenia zgłaszalności na badania przewidziane do realizacji w ramach projektu Wnioskodawca ma prawo zaplanować zwrot kosztu dojazdów dla uczestników projektu.

W przypadku, gdy uczestnik projektu w celu wzięcia udziału w projekcie ponosi koszty dojazdu środkami publicznymi Wnioskodawca zwraca mu rzeczywiście poniesione koszty udokumentowane dokumentami takimi jak: paragony, bilety lub faktury.

Jeżeli uczestnik projektu odbywa podróż samochodem, to zwrot kosztów dojazdu odbywa się według następujących zasad:

1. Na podstawie miejsca zamieszkania uczestnika projektu należy oszacować liczbę kilometrów niezbędnych do przejechania w celu wzięcia udziału w projekcie i powrotu do miejsca zamieszkania.
2. Liczbę kilometrów należy przemnożyć przez stawkę:
  - 0,5214 zł, gdy pojemność skokowa silnika wynosi do 900 cm<sup>3</sup>
  - 0,8358 zł, gdy pojemność skokowa silnika wynosi ponad 900 cm<sup>3</sup>.
3. Nie ma potrzeby przedstawiania innych dokumentów.

## **4. Zwrot kosztów opieki nad osobami zależnymi**

W ramach projektów istnieje możliwość wsparcia polegającego na zapewnieniu uczestnikom projektu opieki nad dziećmi i osobami zależnymi. „Osoba zależna” to osoba wymagająca ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki, połączona więzami rodzinnymi lub powinowactwem z uczestnikiem projektu lub pozostająca z nim we wspólnym gospodarstwie domowym. Pod pojęciem „dziecka” w niniejszym dokumencie rozumie się

dziecko do lat 7. W celu zapewnienia możliwości udziału w projekcie jak największej liczby osób, Wnioskodawca przygotowując projekt ma możliwość zaplanowania i zorganizowania opieki nad dziećmi lub osobami zależnymi. Zapewnienie opieki nad dziećmi lub osobami zależnymi może nastąpić w postaci zwrotu kosztów wynajęcia opiekunów na czas udziału uczestnika projektu we wsparciu realizowanym w ramach projektu. Aby ubiegać się o zwrot poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą zależną, osoba uczestnicząca w projekcie powinna udokumentować konieczność opieki nad dzieckiem lub osobą zależną, np. poprzez złożenie oświadczenia beneficjentowi, jak również przedstawić fakturę/rachunek bądź umowę zlecenie za usługę związaną z opieką nad dzieckiem lub osobą zależną. Refundacja kosztów opieki następuje na rzecz uczestnika projektu.

Inną możliwością jest zapewnienie opieki nad dziećmi lub osobami zależnymi przez beneficjenta. W tej sytuacji beneficjent zapewnia opiekę nad dziećmi lub osobami zależnymi uczestników projektu. O ile to możliwe, beneficjent może zapewnić taką opiekę również w miejscu realizacji projektu. Wybierając jedną z wymienionych możliwości Wnioskodawca powinien kierować się zasadą racjonalności i efektywności kosztowej przyjętego rozwiązania.

## **5. Warunki realizacji przedsięwzięć w ramach Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi**

Program jest skierowany do kobiet w wieku od 50 do 69 lat i ma na celu zmniejszenie umieralności z powodu raka piersi. Rak piersi jest to nowotwór złośliwy powstający z komórek gruczołu piersiowego, który rozwija się miejscowo w piersi oraz daje przerzuty do węzłów chłonnych i narządów wewnętrznych. Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet. Stanowi 22,8% wszystkich zachorowań z powodu nowotworów złośliwych i około 13,4%<sup>1</sup> zgonów z tego powodu. W Polsce rak piersi jest jednym z najistotniejszych problemów zdrowotnych o charakterze nowotworowym rozpoznawanym u kobiet. Każdego roku nowotwór ten rozpoznaje się u ponad 14 000 Polek, z czego ponad 5 000 przegrywa walkę z nim. Obserwacja częstości zachorowań w poszczególnych grupach wiekowych wykazała, że znaczący wzrost zachorowań występował w przedziale wiekowym od 50 do 69 roku życia.

Celem *Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi* jest obniżenie wskaźnika umieralności z powodu raka piersi do poziomu osiągniętego w przodujących w tym zakresie krajach Unii Europejskiej. Jedną z istotnych kwestii jest podniesienie świadomości zdrowotnej kobiet polegającej na działaniach, które zapobiegają zachorowaniu na raka piersi. Dotychczasowe doświadczenia wynikające z realizacji *Programu*, wskazały, iż istotną przyczyną niskiej wykrywalności raka piersi jest mała liczba kobiet, zgłaszających się na badania mammograficzne. Od 2007 r. NFZ płaci świadczeniodawcom na bieżąco za wszystkie badania mammograficzne. Badania te nie są limitowane. Niemniej jednak zgłaszalność na mammografię pozostaje na niezadowalającym poziomie. Uznaje się, że optymalny poziom zgłaszalności na badania populacyjne to 70%, najlepsze wyniki pod względem efektywności

---

<sup>1</sup> Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W., „Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 r.”, Warszawa 2013 r., str.14.

medycznej i ekonomicznej osiąga się przy poziomie 95%. Natomiast minimalna docelowa zgłaszalność nie powinna być mniejsza niż 40 %<sup>2</sup>.

Wykonywanie badań profilaktycznych (przesiewowych) zalecane jest dla kobiet w **wieku 50-69 lat, raz na 2 lata**. Ze względu na budowę gruczołu piersiowego, nieuzasadnione jest wykonywanie badania mammograficznego u młodszych kobiet, jest to związane z rzadszym występowaniem nowotworu piersi w młodszych grupach wiekowych oraz mniejszą czytelnością mammografii w przypadku badania u kobiet poza rekomendowanym interwałem.

Czynniki ryzyka wystąpienia raka piersi:

- 1) płeć – rak piersi występuje najczęściej u kobiet;
- 2) wiek – uważa się za najistotniejszy czynnik ryzyka, większość zachorowań dotyczy kobiet po 50 roku życia;
- 3) obciążenia genetyczne – prawdopodobieństwo zachorowania na raka piersi wśród kobiet wzrasta wraz z liczbą krewnych pierwszego stopnia chorych na ten nowotwór;
- 4) mutacje stwierdzone w genach BRCA 1 oraz BRCA 2;
- 5) wczesna pierwsza miesiączka przed 12 rokiem życia;
- 6) późna menopauza po 55 roku życia;
- 7) urodzenie dziecka po 35 roku życia;
- 8) bezdzietność;
- 9) leczenie z powodu innych schorzeń piersi.

Program profilaktyki raka piersi składa się z 2 etapów: podstawowego oraz pogłębionej diagnostyki. Tryb realizacji świadczenia w obu etapach jest ambulatoryjny. Badaniem świadczonym w ramach profilaktyki raka piersi jest mammografia. Jest ona rentgenowskim badaniem piersi i obecnie najlepszym sposobem wykrywania raka piersi w jego wczesnym stadium rozwoju. Polega na wykonaniu 2 zdjęć każdej piersi. Jej zdolność do uwidoczniania szeregu charakterystycznych zmian pozwala na wczesne rozpoznanie nowotworu piersi oraz innych patologii sutka, zanim staną się one jawne klinicznie. Uzasadnia to stosowanie mammografii, jako badania przesiewowego w grupach szczególnie narażonych na rozwój tego nowotworu. Udowodniono, że regularne wykonywanie procedury obniża umieralność z powodu raka piersi. Mammografię uznaje się za badanie skuteczne, ekonomicznie opłacalne i bezpieczne dla pacjentek. Niektóre kobiety odczuwają ból w czasie badania, ale dla większości jest to jedynie krótko trwające uczucie dyskomfortu. Ucisk stosowany w czasie mammografii nie uszkadza piersi; jest konieczny w celu uzyskania zdjęć wysokiej jakości, a ponadto pozwala na obniżenie dawki promieniowania rentgenowskiego<sup>3</sup>.

### **Etap podstawowy programu profilaktycznego w zakresie raka piersi**

Etap podstawowy obejmuje mammografię skryningową obu piersi (każdej piersi w dwóch projekcjach oraz w przypadku wskazań medycznych uzupełniająco w projekcji dodatkowej

---

<sup>2</sup> Kozierkiewicz A., Bochenek T., Gilewski D., Topór – Mądry R. (2011), *Biała Księga. Zwalczenie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce na tle wybranych krajów europejskich. Analiza zasobów systemu opieki onkologicznej i czynników warunkujących sukces*. Warszawa-Kraków: Ośrodek Analiz Uniwersyteckich.

<sup>3</sup> <http://profilaktykaraka.coi.waw.pl/hydra/showpage.php?pageID=14>.

Tabela 1. Realizacja przedsięwzięcia podczas etapu podstawowego programu profilaktycznego w zakresie raka piersi

<b>Realizacja przedsięwzięcia podczas etapu podstawowego</b>	
Przebieg badania w etapie podstawowym	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) zarejestrowanie w systemie informatycznym SIMP udostępnionym przez NFZ, z jednoczesną weryfikacją kwalifikacji do objęcia programem kobiety, która zgłosi się do programu (przy rejestracji należy poinformować świadczeniobiorcę, iż wskazane jest, aby przyniósł zdjęcia mammograficzne z poprzednich rund skryningu w celu porównania);</li> <li>2) przeprowadzenie wywiadu i wypełnienie ankiety w SIMP udostępnionym przez NFZ;</li> <li>3) wykonanie badania mammograficznego: 2 x 2 zdjęcia mammograficzne wraz z opisem, sporządzenie karty badania mammograficznego w SIMP udostępnionym przez NFZ;</li> <li>4) podjęcie decyzji dotyczącej dalszego postępowania w zależności od wyniku badania. W przypadku konieczności skierowania świadczeniobiorcy do etapu pogłębionej diagnostyki, kierujący udziela informacji o wszystkich świadczeniodawcach realizujących ten etap programu w województwie oraz przekazuje świadczeniobiorcy oprócz opisu także zdjęcie;</li> <li>5) w przypadku konieczności skierowania świadczeniobiorcy do etapu pogłębionej diagnostyki, przekazanie świadczeniobiorcy opisu wyniku badania, wywołanych lub wydrukowanych zdjęć mammograficznych w formacie rzeczywistym oraz w przypadku badania wykonanego na aparacie cyfrowym, również zdjęć zarchiwizowanych na płycie CD;</li> <li>6) tryb wydawania wyników badań: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. prawidłowy wynik badania przy braku czynników ryzyka może być przekazany za pośrednictwem poczty na adres świadczeniobiorcy z zaleceniem ponownego zgłoszenia się na badanie po 24 miesiącach;</li> <li>b. prawidłowy wynik badania przy współistniejących czynnikach ryzyka określonych w programie może być przekazany za pośrednictwem poczty na adres świadczeniobiorcy z zaleceniem zgłoszenia się na kolejne badanie po 12 miesiącach;</li> <li>c. w przypadku nieprawidłowego wyniku badania informuje się świadczeniobiorcę o konieczności dalszej diagnostyki i w porozumieniu z nim przekazuje się całą dokumentację badania (w tym odpowiednie skierowania do dalszej diagnostyki lub leczenia) świadczeniobiorcy lub bezpośrednio do ośrodka pogłębionej diagnostyki wybranego przez świadczeniobiorcę, odnotowując to w dokumentacji medycznej;</li> <li>d. w przypadku nieprawidłowego wyniku badania i braku możliwości skontaktowania się ze świadczeniobiorcą wysyła</li> </ol> </li> </ol>

	<p>się kopię dokumentacji świadczeniobiorcy do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, do którego złożył deklarację, z prośbą o dołączenie do karty choroby świadczeniobiorcy i bezpośrednią interwencję w miejscu zamieszkania (informację o przynależności świadczeniobiorcy do lekarza POZ można uzyskać z SIMP udostępnionego przez NFZ lub z oddziału wojewódzkiego NFZ właściwego dla miejsca zameldowania świadczeniobiorcy).</p>
<p>Kryteria kwalifikacji uczestników do etapu diagnostycznego</p>	<p>Badanie wykonuje się, co 24 miesiące u kobiet w wieku od 50 do 69 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia), co 12 miesięcy u kobiet w wieku od 50 do 69 lat (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia), u których wystąpił rak piersi wśród członków rodziny (u matki, siostry lub córki) lub występują mutacje w obrębie genów BRCA 1 lub BRCA 2. Z badań w ramach programu wyłączone są kobiety, u których wcześniej zdiagnozowano zmiany nowotworowe o charakterze złośliwym w piersi.</p>
<p>Minimalne wymagania w zakresie zatrudnionego personelu jak i wymagania techniczne dla świadczeniodawcy w</p>	<p>Świadczeniodawca przystępujący do programu musi spełnić bezwzględnie wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych oraz wymogi doprecyzowane przez Prezesa NFZ w załączniku nr 4 do zarządzenia nr 84/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne.</p>
<p>Personel</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) zaangażowanie, co najmniej dwóch lekarzy - lekarza specjalisty radiologii lub rentgenodiagnostyki, lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej, lub lekarza ze specjalizacją I stopnia w zakresie radiologii lub rentgenodiagnostyki z udokumentowanym doświadczeniem (tj. udokumentowanie dokonywania przez każdego z lekarzy oceny, co najmniej 5000 mammografii skryningowych rocznie);</li> <li>2) zaangażowanie technika elektroradiologii z udokumentowanym szkoleniem w zakresie prowadzenia kontroli jakości oraz z udokumentowanym odpowiednim doświadczeniem w wykonywaniu mammografii (tj. wykonywanie, co najmniej 1000 mammografii rocznie).</li> </ol>
<p>Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną</p>	<p>Wyposażenie w mammograf o parametrach nie niższych niż do mammografii skryningowej obu piersi.</p>
<p>Inne dodatkowe</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) pozytywny wynik kontroli jakości badań mammograficznych, przeprowadzonej co roku przez wojewódzki ośrodek koordynujący Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi, a w przypadku negatywnego wyniku kontroli jakości badań mammograficznych – dostarczenie do wojewódzkiego</li> </ol>

	<p>ośrodka koordynującego dokumentacji obrazującej usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości;</p> <p>2) pozytywny wynik audytu klinicznego zdjęć mammograficznych przez niezależny ośrodek audytorski na podstawie zdjęć mammograficznych przesłanych do wojewódzkiego ośrodka koordynującego: do celu audytu mammografii cyfrowych – MC, świadczeniodawca wysyła zestaw zdjęć zarchiwizowanych na płytach CD; dodatkowo świadczeniodawca wysyła wydrukowane zdjęcia mammograficzne w formacie rzeczywistym;</p> <p>3) w przypadku konieczności skierowania świadczeniobiorcy do etapu pogłębionej diagnostyki, przekazanie świadczeniobiorcy opisu wyniku badania, wywołanych lub wydrukowanych zdjęć mammograficznych w formacie rzeczywistym oraz w przypadku badania wykonanego na aparacie cyfrowym, również zdjęć zarchiwizowanych na płycie CD;</p> <p>4) 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 1 i 2, pod warunkiem uzyskania pozytywnego wyniku kontroli jakości badań mammograficznych, o których mowa w pkt 1, oraz pozytywnego wyniku audytu klinicznego zdjęć mammograficznych, o których mowa w pkt 2, w terminie 6 miesięcy od dnia zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej;</p> <p>5) dopuszcza się możliwość ponownego przystąpienia świadczeniodawcy do programu nie wcześniej niż po upływie 12 miesięcy od daty negatywnego wyniku audytu klinicznego zdjęć mammograficznych.</p>
--	--

### **Etap pogłębionej diagnostyki programu profilaktycznego w zakresie raka piersi**

W ramach etapu pogłębionej diagnostyki – Etapu II; świadczeniodawca wykonuje wszystkie niezbędne procedury diagnostyczne. Dopiero po ich zakończeniu jest możliwe rozliczenie kompleksowego świadczenia. Kobiety, u których rozpoznano raka piersi lub inne schorzenia wymagające leczenia specjalistycznego zostają skierowane (poza programem) na dalsze badania diagnostyczne lub leczenie do świadczeniodawców posiadających umowy w odpowiednich rodzajach świadczeń z NFZ.

Świadczeniodawca wykonujący biopsję w ramach etapu pogłębionej diagnostyki wypożycza preparat na prośbę świadczeniodawcy prowadzącego dalszą diagnostykę lub leczenie świadczeniobiorcy.



Tabela 2. Realizacja przedsięwzięcia podczas etapu pogłębionej diagnostyki programu profilaktycznego w zakresie raka piersi

<b>Realizacja przedsięwzięcia podczas etapu pogłębionej diagnostyki</b>	
Przebieg badania w etapie podstawowym	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) poradę lekarską, stanowiącą cykl zdarzeń, które obejmują: skierowanie na niezbędne badania w ramach realizacji programu, ocenę wyników przeprowadzonych badań i postawienie rozpoznania; wyniki badań dokumentowane są w SIMP udostępnionym przez NFZ;</li> <li>2) wykonanie mammografii uzupełniającej;</li> <li>3) wykonanie USG piersi (decyzję o wykonaniu badania podejmuje lekarz, biorąc pod uwagę m.in.: wynik mammografii, wynik badania palpacyjnego, strukturę gruczołu sutkowego, stosowanie hormonalnej terapii zastępczej, konieczność zróżnicowania między guzem litym a torbielą sutka);</li> <li>4) wykonanie biopsji cienkoigłowej albo gruboigłowej (w zależności od rodzaju zmian) pod kontrolą technik obrazowych z badaniem mammograficznym albo histopatologicznym pobranego materiału w przypadku nieprawidłowości stwierdzonych w badaniu mammograficznym lub USG;</li> <li>5) podjęcie decyzji dotyczącej dalszego postępowania i potwierdzenie jej wystawieniem skierowania na dalszą diagnostykę lub leczenie do świadczeniodawcy posiadającego umowę z NFZ w odpowiednich dla schorzenia rodzajach świadczeń;</li> <li>6) prowadzenie bazy danych badanych kobiet i ich wyników badań w SIMP udostępnionym przez NFZ;</li> <li>7) zgłaszanie wykrytego nowotworu piersi do regionalnego rejestru nowotworów na karcie zgłoszenia nowotworu złośliwego Mz/N-1a z dopiskiem „S” (skryning).</li> </ol>
Kryteria kwalifikacji uczestników	Decyzję dotyczącą skierowania kobiety do etapu pogłębionej diagnostyki podejmuje lekarz w zależności od wyniku badania mammograficznego wykonanego w etapie podstawowym. W trakcie porady na etapie pogłębionej diagnostyki, lekarz w zależności od wskazań medycznych decyduje, które z dostępnych w ramach programu procedur należy wykonać w celu postawienia ostatecznego rozpoznania.
Minimalne wymagania w zakresie zatrudnionego personelu jak i wymagania techniczne dla świadczeniodawców	Podmiot realizujący świadczenie na etapie pogłębionej diagnostyki zapewnia niezbędne warunki (w zakresie wymogów, co do zaangażowanego personelu i sprzętu medycznego) do prawidłowego wykonania badania, tj.:

w	
Personel	<p>1) zaangażowanie lekarza specjalisty radiologii lub rentgenodiagnostyki lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej, lub lekarza ze specjalizacją I stopnia w zakresie radiologii lub rentgenodiagnostyki z udokumentowanym odpowiednim doświadczeniem w dokonywaniu oceny mammografii skryningowych (zaangażowanie, co najmniej dwóch lekarzy - gdy wykonywana jest tylko mammografia uzupełniająca);</p> <p>2) zaangażowanie technika elektroradiologii z udokumentowanym szkoleniem w zakresie prowadzenia kontroli jakości oraz udokumentowanym odpowiednim doświadczeniem w wykonywaniu mammografii (tj. wykonywanie, co najmniej 1000 mammografii rocznie).</p>
Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną	Mammograf o parametrach nie niższych niż do mammografii skryningowej obu piersi.
Inne dodatkowe	Wymienione poniżej

#### Wymogi do wykonania badania USG piersi:

- 1) 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;
- 2) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:
  - a. aparat USG z głowicą liniową, szerokopasmową, wieloczęstotliwościową o wysokiej rozdzielności liniowej i skali szarości pracującą w przedziale minimum 2-10 MHz, zalecany komplet głowic o różnych spektrach częstotliwości: 5-13.5 MHz, 13.5-18 MHz: badanie powinno być wykonane przy użyciu częstotliwości 7.5 MHz;
  - b. drukarka USG.

#### Wymogi do wykonania biopsji cienkoigłowej pod kontrolą technik obrazowych:

- 1) 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, lekarz specjalista, który ukończył specjalizację obejmującą uprawnienia ultrasonograficzne w zakresie określonym w programie specjalizacji;
- 2) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: zestaw do wykonywania biopsji cienkoigłowej (BAC).

#### Wymogi do wykonania dla biopsji gruboigłowej pod kontrolą technik obrazowych:

- 1) 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;

- 2) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: zestaw do wykonywania biopsji gruboigłowej;
- 3) inne wymagania: dostęp do badań histopatologicznych.
- 4) Ponadto świadczeniodawca musi wykonywać wszystkie procedury określone w zakresie etapu pogłębionej diagnostyki.

W procesie wyboru świadczeniodawców stosowane są dodatkowe kryteria określone przez Prezesa NFZ (nie są to kryteria obligatoryjne).

Wymogi dotyczące kwalifikacji personelu:

- 1) lekarz specjalista w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej;
- 2) odbycie przez techników elektroradiologów szkolenia w zakresie kontroli jakości w mammografii prowadzonego przez Wojewódzki Ośrodek Koordynujący w oparciu o program zatwierdzony przez Centralny Ośrodek Koordynujący lub prowadzonego przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne, lub przez inną jednostkę prowadzącą szkolenia akredytowane przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne lub zgodnie z programem zatwierdzonym przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne.

Wymogiem dotyczącym aparatury i sprzętu jest posiadanie negatoskopu (spełniającego wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej umożliwiającego odczyt mammografii wykonanych techniką analogową oraz cyfrową (posiadanie stanowiska opisowego dla lekarza spełniającego wymogi określone w ww. rozporządzeniu).

W przypadku udzielania świadczeń w mammobusie, stanowisko postojowe musi być tak zaplanowane, aby podczas udzielania świadczeń zapewnić świadczeniobiorcom odpowiednie zaplecze socjalne (w szczególności szatnię lub przebieralnię oraz dostęp do toalety). Dodatkowym warunkiem jest posiadanie toalety dla osób z niepełnosprawnościami oraz zapewnienie dostępu do świadczenia dla osób z niepełnosprawnościami.

W celu zachowania wysokiej jakości i bezpieczeństwa świadczeń każdy projektodawca przystępujący do programu musi spełniać wymagania określone w odrębnych przepisach, w szczególności w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1015) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi (Dz. U. Nr 180, poz. 1325).

Ponadto, każdy świadczeniodawca powinien:

- 1) posiadać dostęp do internetu, co umożliwia prowadzenie elektronicznej dokumentacji realizacji projektu;
- 2) wydać wynik świadczeniobiorcy w ciągu 15 dni roboczych od daty wykonania badania, kwalifikowane w ramach projektu będą wyłącznie badania skutecznie

dostarczone do świadczeniobiorcy (np. na podstawie pokwitowania odbioru wyniku badań);

3) zarejestrować świadczeniobiorcę w SIMP nie później niż w dniu badania.

## 6. Warunki realizacji przedsięwzięć w ramach Programu profilaktyki raka szyjki macicy

Program jest skierowany do kobiet w wieku 25 do 59 lat (przy określeniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia). Badania są wykonywane raz na 3 lata, a u kobiet obciążonych czynnikami ryzyka (zakażonych wirusem HIV, przyjmujących leki immunosupresyjne, zakażonych HPV), – co 12 miesięcy. Rak szyjki macicy jest szóstym<sup>4</sup>, co do częstości, nowotworem u kobiet w Polsce – stanowi 4,1% nowotworów u kobiet. Populacyjne badania przesiewowe (skryning) oparte na teście cytologicznym, mają na celu wykrywanie raka we wczesnym stadium, gdy leczenie jest skuteczniejsze, wskaźniki przeżycia wyższe, a częstość poważnych następstw choroby (w tym zgonu) mniejsza. Skryning cytologiczny oparty na teście cytologicznym, ze względu na niski koszt i wysoką skuteczność, jest zalecanym i skutecznym testem stosowanym w programach przesiewowych.

Program jest realizowany w oparciu o ustawę z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”. Realizacja *Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka szyjki macicy* przebiega w oparciu o wzajemną współpracę pomiędzy NFZ zapewniającym dostęp do świadczeń cytologicznych i finansującym je, świadczeniodawcami realizującymi program oraz Ministerstwem Zdrowia finansującym część administracyjno-logistyczną.

Podobnie jak w przypadku badania mammograficznego, badanie cytologiczne nie jest limitowane przez NFZ.

Celem programu jest zmniejszenie wskaźnika umieralności kobiet na raka szyjki macicy do poziomu krajów przodujących, w tym zakresie w Unii Europejskiej, w szczególności poprzez wykrywanie stanów przedrakowych oraz poprzez unikanie czynników ryzyka lub zwiększenie indywidualnej odporności na te czynniki, tj. edukację i kształtowanie zachowań prozdrowotnych.

Głównymi czynnikami ryzyka raka szyjki macicy są:

- 1) infekcje wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) o wysokim potencjale rakotwórczym przenoszone drogą płciową i wywołujące przewlekłe zakażenie;
- 2) wiek (zachorowalność zwiększa się wraz z wiekiem, szczyt zachorowań przypada pomiędzy 45 a 55 rokiem życia);
- 3) wczesne rozpoczęcie życia seksualnego;
- 4) duża liczba partnerów seksualnych;
- 5) duża liczba porodów;
- 6) palenie papierosów;
- 7) współistnienie innych zakażeń przenoszonych drogą płciową;
- 8) osłabienie odporności (np. infekcja HIV czy leki zmniejszające odporność);

---

<sup>4</sup> Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W., „Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 r.”, Warszawa 2013 r., str.15.

- 9) niski status społeczny i ekonomiczny;
- 10) obecność nowotworu szyjki macicy w rodzinie.

Program profilaktyki raka szyjki macicy składa się z 3 etapów: **podstawowego, diagnostycznego** oraz  **pogłębionej diagnostyki**. Tryb realizacji świadczenia w trzech etapach jest ambulatoryjny. Poniżej w Tabeli. 3 przedstawiono I Etap- etap podstawowy, gdzie wyznaczono kryteria klasyfikacji uczestników, minimalne wymagania w zakresie zatrudnionego personelu oraz wymagania techniczne itp.

Tabela 3. Realizacja przedsięwzięcia podczas etapu podstawowego programu profilaktycznego w zakresie raka szyjki macicy

<b>Realizacja przedsięwzięcia podczas etapu podstawowego</b>	
Przebieg badania w etapie podstawowym	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) zarejestrowanie kobiety w programie SIMP;</li> <li>2) wypełnienie ankiety,</li> <li>3) pobranie materiału cytologicznego do badania przy użyciu jednorazowego wziernika i szczoteczki umożliwiającej pobranie rozmazu jednocześnie z tarczy części pochwowej oraz z kanału szyjki macicy;</li> <li>4) edukację w zakresie prewencji nowotworu szyjki macicy;</li> <li>5) wysłanie pobranego materiału wraz z wypełnioną ankietą do pracowni diagnostycznej;</li> <li>6) wręczenie przez lekarza pacjentce wyniku badania i decyzję, co do dalszego postępowania;</li> <li>7) zalecenie ponownego zgłoszenia się na badanie po trzech latach w przypadku prawidłowego wyniku i braku czynników ryzyka;</li> <li>8) zalecenie wcześniejszego badania cytologicznego (po 12 miesiącach) w ramach programu w uzasadnionych przypadkach, tj. kobietom zakażonym wirusem HIV, przyjmującym leki immunosupresyjne, zakażonym HPV - typem wysokiego ryzyka (16, 18);</li> <li>9) zalecenie wykonania kontrolnego badania cytologicznego w terminie do kilku miesięcy, gdy u pacjentki nie stwierdzono obecności komórek ze strefy przekształceń czy z endocervix lub gdy wymaz jest nie do oceny z powodu nadmiaru leukocytów (stan zapalny – kontrola po leczeniu), czy też erytrocytów, bądź komórek atroficznych (kontrola po tzw. hormonalnym teście Meigsa). Badanie kontrolne należy wykonać poza programem u świadczeniodawców posiadających umowy z NFZ w odpowiednim rodzaju świadczeń;</li> <li>10) skierowanie do odpowiedniej placówki z listy NFZ realizującej świadczenia zdrowotne w ramach etapu pogłębionej diagnostyki, jeżeli konieczna jest kolposkopowa weryfikacja wstępnego rozpoznania.</li> </ol>
Kryteria kwalifikacji uczestników do etapu	Badania wykonuje się, co 36 miesięcy dla kobiet w wieku od 25 do 59 lat (przy określeniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia), co 12 miesięcy dla kobiet w wieku od 25 do 59 lat kwalifikujących się do badania w wyniku obciążenia czynnikami ryzyka (na podstawie

diagnostycznego	decyzji osoby uprawnionej do dokonania wymazu cytologicznego). Wyłączone z badań w ramach programu są kobiety, u których rozpoznano raka szyjki macicy oraz kobiety po zakończeniu kontroli onkologicznej. Po zakończeniu kontroli onkologicznej (decyzję podejmuje lekarz prowadzący leczenie onkologiczne) kobiety spełniające kryteria kwalifikacji do programu ponownie zostają objęte programem
Minimalne wymagania w zakresie zatrudnionego personelu jak i wymagania techniczne dla świadczeniodawców	Świadczeniodawca przystępujący do programu musi spełnić bezwzględnie wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych oraz wymogi doprecyzowane przez Prezesa NFZ w załączniku nr 3 do zarządzenia nr 84/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne.
Laboratorium	Nie dotyczy
Personel	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) lekarz specjalista położnictwa i ginekologii, lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii, lub lekarz w trakcie specjalizacji z położnictwa i ginekologii (lekarz, który ukończył, co najmniej drugi rok specjalizacji),</li> <li>2) położna posiadająca: dokument potwierdzający pozytywny wynik egzaminu przeprowadzonego przez Centralny Ośrodek Koordynujący w zakresie umiejętności pobierania rozmazów cytologicznych dla potrzeb programu wydany po dniu 31 grudnia 2010 r., lub dokument potwierdzający ukończenie kursu doształcającego przeprowadzonego przez Centralny Ośrodek Koordynujący lub Wojewódzki Ośrodek Koordynacyjny w zakresie umiejętności pobierania rozmazów cytologicznych dla potrzeb programu.</li> </ol>
Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) wzierniki jednorazowe;</li> <li>2) jednorazowe szczoteczki umożliwiające pobranie rozmazu jednocześnie z tarczy części pochwowej oraz z kanału szyjki macicy;</li> <li>3) fotel ginekologiczny.</li> </ol>

### **Etap diagnostyczny programu profilaktycznego w zakresie raka szyjki macicy**

Kolejnym etapem jest etap diagnostyczny. Polega na ocenie mikroskopowej materiału (pakietu komórek) z szyjki macicy (wynik badania musi być opisany w systemie Bethesda 2001). W Tabeli 4. przedstawiono zakres przedsięwzięcia związanego z II Etapem- etapem diagnostyki w programie profilaktycznym w zakresie raka szyjki macicy.

Tabela 4. Realizacja przedsięwzięcia podczas etapu diagnostycznego programu profilaktycznego w zakresie raka szyjki macicy

<b>Realizacja przedsięwzięcia podczas etapu diagnostycznego</b>	
Przebieg badania	Polega na ocenie mikroskopowej materiału (pakietu komórek) z

w etapie podstawowym	szyjki macicy (wynik badania musi być opisany w systemie Bethesda 2001).
Kryteria kwalifikacji uczestników	Badanie wykonuje się, co 36 miesięcy dla kobiet w wieku od 25 do 59 lat (przy określeniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia), co 12 miesięcy dla kobiet w wieku od 25 do 59 lat), obciążonych czynnikami ryzyka. Wyłączone z badań w ramach programu są kobiety, u których rozpoznano nowotwór złośliwy szyjki macicy oraz kobiety, które skierowano do dalszej diagnostyki lub leczenia.
Minimalne wymagania w zakresie zatrudnionego personelu jak i wymagania techniczne dla świadczeniodawcy	Świadczeniodawca przystępujący do programu musi spełnić bezwzględnie wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych oraz wymogi doprecyzowane przez Prezesa NFZ w załącznik nr 3 do zarządzenia nr 84/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne.
Laboratorium	Świadczeniodawca musi posiadać medyczne laboratorium diagnostyczne wpisane do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych lub zakład patomorfologii posiadający pracownię cytologiczną oraz wykonywać 15 000 badań cytologicznych, w tym, co najmniej 8 000 cytologicznych - ginekologicznych rocznie.
Personel	Lekarz specjalista patomorfologii lub anatomii patologicznej, diagnosty laboratoryjni posiadający tytuł specjalisty cytomorfologii medycznej lub posiadający udokumentowane umiejętności i udokumentowane odpowiednie doświadczenie w wykonywaniu badań cytologicznych, tj. wykonywanie oceny preparatów, co najmniej 7 000 badań cytologicznych w tym, co najmniej 4 000 badań cytologicznych – ginekologicznych rocznie.
Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną	Mikroskopy wysokiej jakości, umożliwiające uzyskanie powiększenia, co najmniej 400 razy.
Inne dodatkowe	Kwalifikacje personelu: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) diagnosta laboratoryjny – specjalista cytomorfologii medycznej;</li> <li>2) doświadczenie personelu w ocenie preparatów cytologii ginekologicznej: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. co najmniej 2 lata pracy w diagnostyce cytologii szyjki macicy i ocenienie, co najmniej 10 000 preparatów pod kontrolą lekarza patomorfologa;</li> <li>b. ocenianie, co najmniej 7 000 badań cytologicznych-ginekologicznych rocznie.</li> </ol> </li> </ol> <p>Inne:</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) oczekiwanie na wynik do 7 dni;</li> <li>2) wykonywanie przez pracownię powyżej 15 000 badań cytologicznych – ginekologicznych rocznie.</li> </ol>
--	---

### **Etap pogłębionej diagnostyki programu profilaktycznego w zakresie raka szyjki macicy**

W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w rozmazie cytologicznym kobieta powinna być skierowana do etapu diagnostyki pogłębionej- III Etapu. Polega ona na wykonaniu kolposkopii lub kolposkopii z celowym pobraniem wycinków i badaniem histopatologicznym. Poniżej przedstawiono sposób realizacji podczas etapu pogłębionej diagnostyki programu profilaktycznego w zakresie raka szyjki macicy

Tabela 5. Realizacja przedsięwzięcia podczas etapu pogłębionej diagnostyki programu profilaktycznego w zakresie raka szyjki macicy

<b>Realizacja przedsięwzięcia podczas etapu pogłębionej diagnostyki</b>	
Przebieg badania w etapie podstawowym	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) zarejestrowanie (wprowadzenie do bazy danych) kobiety skierowanej w ramach realizacji etapu podstawowego programu;</li> <li>2) badanie kolposkopowe;</li> <li>3) w przypadku zaistnienia wskazań do weryfikacji obrazu kolposkopowego - pobranie celowanych wycinków z tarczy szyjki macicy oraz wyłyżeczkowanie kanału szyjki i ewentualnie jamy macicy, a następnie przesłanie materiału do pracowni diagnostycznej;</li> <li>4) badanie histopatologiczne pobranego materiału w pracowni diagnostycznej i postawienie ostatecznego rozpoznania;</li> <li>5) decyzja, co do dalszego postępowania (skierowanie na leczenie lub określenie terminu kolejnego badania cytologicznego).</li> </ol>
Kryteria kwalifikacji uczestników do etapu diagnostycznego	Decyzję o skierowaniu do etapu pogłębionej diagnostyki podejmuje lekarz. Badanie wykonuje się na podstawie skierowania z etapu podstawowego programu. Wyłączone są kobiety, skierowane do dalszej diagnostyki lub leczenia – w przypadku rozpoznania nowotworu szyjki macicy lub innego schorzenia wymagającego leczenia specjalistycznego.
Minimalne wymagania w zakresie zatrudnionego personelu jak i wymagania techniczne dla świadczeniodawców	Decyzję o skierowaniu do etapu pogłębionej diagnostyki podejmuje lekarz. Badanie wykonuje się na podstawie skierowania z etapu podstawowego programu. Wyłączone są kobiety, skierowane do dalszej diagnostyki lub leczenia – w przypadku rozpoznania nowotworu szyjki macicy lub innego schorzenia wymagającego leczenia specjalistycznego.
Laboratorium	Nie dotyczy
Personel	1) lekarz specjalista położnictwa i ginekologii, lub



	2) lekarz specjalista ginekologii onkologicznej, lub 3) lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii, posiadający udokumentowane umiejętności w wykonywaniu badań kolposkopowych.
Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną	1) kolposkop; 2) zestaw do pobierania wycinków.
Inne dodatkowe	Inne wymagania: 1) zapewnienie dostępu do badań histopatologicznych; 2) w przypadku rozpoznania nowotworu wymagane jest zgłaszanie do regionalnego rejestru nowotworów uzyskanych dodatknych wyników badań na kartach zgłoszenia nowotworu złośliwego Mz/N1- a z dopiskiem „S” (skryning).  Ponadto, świadczeniodawca wykonuje wszystkie procedury określone w zakresie badań histopatologicznych, tj. zarówno kolposkopię, jak i kolposkopię z biopsją, przy czym dopuszcza się zlecenie wykonania badania histopatologicznego podwykonawcy.

Warunkiem przystąpienia świadczeniodawcy do programu jest posiadanie dostępu do Internetu umożliwiającego prowadzenie elektronicznej dokumentacji realizacji projektu w ramach programu oraz zarejestrowanie świadczeniobiorcy w SIMP (System Informatycznego Monitorowania Profilaktyki) nie później niż w dniu badania.

## 7. Warunki realizacji przedsięwzięć w ramach Programu profilaktyki raka jelita grubego

Program polega na wykonywaniu kolonoskopii przesiewowych w populacji osób, co najmniej średniego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego. Rak jelita grubego to w krajach europejskich drugi, po raku płuca u mężczyzn i raku piersi u kobiet, najbardziej rozpowszechniony typ nowotworu. W Polsce rak jelita grubego jest również drugim najczęstszym nowotworem złośliwym. Każdego roku rozpoznaje się ponad 14 000 nowych przypadków. W Polsce obserwuje się najbardziej dynamiczny wzrost zachorowań na raka jelita grubego w porównaniu z innymi państwami europejskimi. Co więcej, współczynnik umieralności na ten nowotwór jest u nas o wiele wyższy niż w północnych i zachodnich krajach UE. Optymalnym sposobem prowadzenia badań przesiewowych jest wykonywanie pełnej kolonoskopii raz na 10 lat. Taka strategia ma wiele zalet i w dodatku jest najbardziej kosztowo efektywna.

Nowotwór jelita grubego rozwija się powoli, zwykle kilkanaście lat, głównie z polipów. Początkowo niewielkie polipy powstają ze zmutowanych komórek nabłonka jelita grubego. Niektóre z nich rozrastają się nadmiernie, zachodzą w nich kolejne mutacje, aż w końcu rozwija się nowotwór, przyjmując w pierwszej fazie formę łagodnych zmian, czyli gruczolaków. Ich usunięcie skutecznie zapobiega ich przekształceniu w inwazyjnego raka, natomiast wykrycie początkowego stadium nowotworu złośliwego daje szansę na całkowity powrót do zdrowia. Stąd tak ważne jest odpowiednio wczesne wykrycie choroby.

W ramach programu wykonywana jest kolonoskopia. Jest to metoda badania dolnego odcinka przewodu pokarmowego polegająca na wprowadzeniu przez odbyt wziernika zakończonego kamerą i oglądaniu wnętrza jelita grubego. Do tego celu służy giętki instrument zwany kolonoskopem, który lekarz wprowadza przez odbyt do oczyszczonego jelita grubego i przesuwa do ujścia jelita cienkiego. Jeśli w trakcie badania zostaną stwierdzone polipy, zostaną one usunięte za pomocą pętli wprowadzonej do jelita przez kolonoskop. Usunięcie polipów, co do zasady jest niebolesne. Jeśli usunięcie polipów nie będzie mogło być przeprowadzone w ramach programu, lecz będzie konieczne z medycznego punktu widzenia, to jego usunięcie odbywa się w warunkach szpitalnych.

W ramach projektów o charakterze profilaktycznym ukierunkowanych na wczesne wykrywanie raka jelita grubego mogą być realizowane w szczególności następujące działania w zakresie usług zdrowotnych:

- i) badanie kolonoskopowe w maksymalnej kwocie do 420 zł brutto;
- ii) koszt znieczulenia.

Wykonywanie badań kolonoskopowych jest limitowane. Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego realizowany jest w Polsce w dwóch systemach: oportunistycznym i zapraszonym (system zapraszany został wprowadzony w roku 2012).

Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego jest realizowany od 2000 r., a jako zadanie Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych od 2006 r. Celem programu jest:

- 1) zwiększenie odsetka wykrywalności przypadków zachorowań na raka wykrywanych we wczesnych stadiach zaawansowania (A i B wg Duke'a);
- 2) zwiększenie odsetka 5-letnich przeżyć;
- 3) obniżenie umieralności na raka jelita grubego oraz
- 4) obniżenie kosztów leczenia raka w skali kraju (dzięki leczeniu raków wczesnych, a nie zaawansowanych i dzięki usuwaniu stanów przedrakowych – polipów).

W Tabeli 6. zaprezentowano realizację przedsięwzięcia w zakresie programu profilaktycznego dotyczącego raka jelita grubego.

Tabela 6. Realizacja przedsięwzięcia w programie profilaktycznym w zakresie raka jelita grubego

<b>Realizacja przedsięwzięcia</b>	
Przebieg badania	Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego realizowany jest w Polsce w dwóch systemach: oportunistycznym i zapraszonym (system zapraszany został wprowadzony w roku 2012).
Kryteria kwalifikacji uczestników do etapu diagnostycznego	Populacja badana – w przypadku przeprowadzania badań kolonoskopowych w systemie zapraszonym: osoby, do których zostało wysłane zaproszenie w wieku 55-64 lata (zarówno osoby bez objawów klinicznych, jak i osoby z objawami choroby).

	<p>W celu zagwarantowania udzielenia wsparcia szerszej grupie docelowej, w ramach projektów EFS dopuszcza się możliwość realizacji badań w systemie oportunistycznym (obok rekrutacji poprzez zaproszenia).</p> <p>Wsparciem mogą zostać osoby w wieku 25–65 lat pochodzące z rodziny HNPCC lub FAP (z potwierdzonym obciążeniem genetycznym).</p>
Minimalne wymagania w zakresie zatrudnionego personelu jak i wymagania techniczne dla świadczeniodawców w	<p>W ramach funkcjonującego Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego wykonywanie badań odbywa się w dwóch różnych systemach, tj. oportunistycznym i zapraszanym. Kryteria stawiane świadczeniodawcą różnią się w zależności od systemu, w którym są przeprowadzane jak również, z uwagi na fakt czy świadczeniodawca w latach poprzednich realizował program.</p>
Personel	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) minimum 2 lekarzy, każdy z lekarzy zaplanowanych do wykonywania badań posiada Dyplom Umiejętności Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii (PTG-E) z kolonoskopii lub specjalizację z gastroenterologii lub zaliczył tygodniowe szkolenie u koordynatora Programu oraz posiada potwierdzoną współpracę z lekarzem histopatologiem posiadającym specjalizację;</li> <li>2) 2) minimum 3 pielęgniarki po ukończeniu kursu z zakresu endoskopii.</li> </ol>
Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) co najmniej 3 videokolonoskopy;</li> <li>2) sprzęt do polipektomii (diatermia i pętla diatermiczne);</li> <li>3) sprzęt do tamowania krwawienia (beamer argonowy lub klipsownica);</li> <li>4) myjnia do dezynfekcji endoskopów.</li> </ol>
Inne dodatkowe	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) możliwość organizacji i deklaracja wykonania, co najmniej 1000 badań kolonoskopowych rocznie w ramach Programu dla ośrodków zlokalizowanych w miastach powyżej 200 000 mieszkańców oraz co najmniej 500 badań kolonoskopowych rocznie w pozostałych ośrodkach;</li> <li>2) zapewnienie dostępu do nieodpłatnego badania w znieczuleniu/sedacji;</li> <li>3) zobowiązanie się do obsługi systemu zaproszeń;</li> <li>4) deklaracja udziału, co najmniej 1 sekretarki i 1 lekarza koordynującego Program w danym ośrodku w szkoleniu dotyczącym wdrażania systemu zaproszeń organizowanym przez Koordynatora Programu;</li> <li>5) deklaracja systematycznego uzupełniania bazy danych oraz jej</li> </ol>

	<p>przekazywania do Koordynatora Programu na jego wniosek;</p> <p>6) potwierdzenie przez Koordynatora Programu spełnienia kryteriów jakości wykonanych badań, oceniana na podstawie bazy danych z lat poprzednich:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. osiągalność kątnicy (CIR) dla ośrodka – co najmniej 90%;</li><li>b. częstość wykrywanych gruczolaków (ADR) dla ośrodka – co najmniej 20%;</li><li>c. wykonanie polipektomii bezpośrednio w czasie badania przesiewowego, u co najmniej 80% osób, u których stwierdzono polipy;</li><li>d. odpowiednia ocena histologiczna usuniętych polipów - doszczętność polipektomii oceniona, w co najmniej 95% przypadków, odsetek zmian z dysplazją dużego stopnia (niezależnie od wielkości) nie powinien przekraczać 5%;</li></ul> <p>7) posiadanie co najmniej jednego komputera z drukarką i dostępem do Internetu w pracowni endoskopowej;</p> <p>8) posiadanie biura administracyjnego z osobną linią telefoniczną, komputerem z drukarką i dostępem do Internetu, adresem mailowym założonym dla celów realizacji Programu zgodnie z instrukcjami Koordynatora Programu oraz sekretarką zatrudnioną dla celów realizacji programu;</p> <p>9) deklaracja udziału, co najmniej jednego lekarza spełniającego wymagania w corocznym spotkaniu dotyczącym oceny jakości realizacji Programu.</p>
--	--