

V

(Ogłoszenia)

POSTĘPOWANIA ADMINISTRACYJNE

KOMISJA EUROPEJSKA

Wniosek do podmiotów świadczących usługi medyczne i paramedyczne (szpitali, klinik, laboratoriów, przychodni i osób fizycznych prowadzących działalność w sektorze medycznym/paramedycznym) oraz aptek o udostępnienie ich oferty wspólnemu programowi ubezpieczeń zdrowotnych (RCAM) według cennika stosowanego wobec członków/pacjentów wspólnego programu ubezpieczeń zdrowotnych

(2011/C 221/06)

1. Kontakt z Komisją Europejską

European Commission, PMO/3 Bureau Central du RCAM (JSIS Central Office), for the attention of Mr Scognamiglio, Head of Unit PMO3 RCAM, 1049 Bruxelles/Brussel, Belgique/België, Tel. +32 22952799, Fax +32 22956639.

2. Przedmiot niniejszego wniosku

Wszyscy urzędnicy i pracownicy zatrudnieni w instytucjach/agencjach Unii Europejskiej oraz osoby będące na ich utrzymaniu są objęci ubezpieczeniem zdrowotnym. W szczególności wspólny program ubezpieczeń zdrowotnych instytucji Wspólnot Europejskich (zwany dalej „RCAM” – *Regime d'Assurance Maladie Commun aux Institutions des Communautés européennes*), ustanowiony za wspólnym porozumieniem instytucji, gwarantuje pacjentom zwrot kosztów poniesionych w następstwie choroby/wypadku i z tytułu macierzyństwa, w granicach i na warunkach określonych w samych przepisach prawa i w ogólnych przepisach wykonawczych. Ponadto członkowie mają prawo do korzystania z badań diagnostycznych w ramach profilaktyki (zob. załącznik 1 do programów).

Za zarządzanie RCAM odpowiada centralne biuro RCAM, będące częścią Urzędu Administracji i Wypłacania Należności Indywidualnych (PMO), działu ds. ubezpieczeń zdrowotnych i wypadkowych (PMO/3), Komisji Europejskiej.

Podstawową zasadą działania wspólnego programu ubezpieczeń zdrowotnych jest możliwość wyboru dowolnego lekarza i dowolnych placówek opieki zdrowotnej przez członków/pacjentów.

Biuro centralne zamierza opracować wykazy podmiotów świadczących usługi medyczne i paramedyczne (szpitali, klinik, laboratoriów, przychodni oraz aptek⁽¹⁾) według cennika stosowanego wobec członków/pacjentów wspólnego programu ubezpieczeń zdrowotnych. Podmioty świadczący usługi medyczne mogą również przygotować własną ofertę w związku z załączonymi programami badań diagnostycznych w ramach profilaktyki (w odniesieniu do wszystkich usług w ramach każdego programu).

Miałoby to na celu udostępnienie tych wykazów podmiotów świadczących usługi medyczne i paramedyczne, którzy świadczą usługi według cennika stosowanego wobec członków/pacjentów w 8 państwach wskazanych w pkt 4.

Wykazy te będą przedmiotem szerokiej akcji informacyjnej wśród członków/pacjentów wspólnego programu ubezpieczeń zdrowotnych.

(¹) Dotyczy wyłącznie Belgii.

Członkowie/pacjenci nadal będą mieli możliwość wyboru dowolnego podmiotu świadczącego usługi medyczne i paramedyczne, niezależnie od tego, czy figuruje on na proponowanych wykazach.

Akcja informacyjna będzie miała jednak również na celu podniesienie świadomości członków/pacjentów, jeżeli chodzi o znaczenie wspólnego programu ubezpieczeń zdrowotnych oraz o korzyści wynikające z korzystania z usług placówek lub podmiotów figurujących w wykazie (wysoka jakość usług, stosowany cennik, łatwe pokrycie kosztów). W związku z tym podmioty oferujące najbardziej atrakcyjne cenniki będą mogły zasadnie oczekiwać wzrostu liczby klientów, licząc na gwarancję pewnych i szybkich płatności, w szczególności w przypadku pokrycia kosztów w odniesieniu do hospitalizacji i badań w środowiskach szpitalnych (*one day clinic*).

Przyjmowanie dokumentacji od podmiotów oraz opracowanie wykazu przez Komisję nie będzie wiązało się z żadnymi zobowiązaniami, ani ze strony Komisji, ani ze strony członków/pacjentów RCAM. Komisja nie będzie podpisywać umowy ani porozumienia.

Podmioty, które wyrażą zainteresowanie tym działaniem, przedstawiając cennik stosowany wobec członków/pacjentów lub procentową wysokość proponowanej zniżki w stosunku do cen standardowych, będą zobowiązani do stosowania tego cennika wobec członków/pacjentów i, w przypadku pokrywania kosztów przez Komisję, do przekazania wniosku o płatność lub faktury bezpośrednio do wspólnego programu ubezpieczeń zdrowotnych instytucji Wspólnot Europejskich.

Podmioty, które chcą uczestniczyć w tym działaniu będą zobowiązane do przedstawienia wykazu świadczonych usług, proponowanego cennika oraz procentowej wysokości zniżki, którą zamierzają stosować wobec członków/pacjentów RCAM.

Członek/pacjent korzystający z usług świadczeniodawcy figurującego w wykazach będzie mógł:

- zapłacić za usługę bezpośrednio, a następnie złożyć wniosek o zwrot z kasy ubezpieczenia zdrowotnego w przypadku przewidzianym w przepisach dotyczących wspólnego programu ubezpieczeń zdrowotnych, lub
- w przypadku hospitalizacji lub w przypadku badań prowadzonych w środowisku szpitalnym złożyć wniosek o bezpośrednie skierowanie faktury do Komisji.

RCAM zwracając całość lub część kosztów, zastępuje członka w jego prawach i działaniach wobec osób trzecich, w szczególności w przypadku niezastosowania proponowanej stawki przez placówkę/klinikę figurującą w wykazie w odniesieniu do przekazanego cennika (dotyczy to również ewentualnej mającej zastosowanie zniżki).

W takich przypadkach RCAM zastrzega sobie prawo do odmowy wypłaty różnicy w cenie lub do wystąpienia do danej placówki/kliniki o zwrot środków już wpłaconych.

Wspólny program ubezpieczeń zdrowotnych informuje świadczeniodawców o przepisach art. 31 wspólnego programu ubezpieczeń zdrowotnych, na mocy którego, jeżeli do wypadku lub zachorowania przyczyniła się osoba trzecia, Wspólnoty, w granicach ich obowiązków wynikających z tych przepisów, pełnoprawnie zastępują poszkodowanego lub inne osoby uprawnione w ich działaniach przeciwko odpowiedzialnym osobom trzecim, zgodnie z art. 85 *bis* regulaminu pracowniczego urzędników Wspólnot Europejskich.

Wszystkie podmioty, które odpowiedzą na niniejsze zaproszenie, otrzymają odpowiedź zawierającą informację o decyzji w sprawie ich umieszczenia w wykazie. Każdy zainteresowany podmiot nieumieszczony w wykazie będzie miał możliwość ponownego zgłoszenia swojej kandydatury w terminie 4 lat (bez 6 miesięcy) od dnia publikacji wniosku.

3. Rodzaj

Niniejsze zawiadomienie stanowi wniosek o przedstawienie oferty usług według cennika stosowanego wobec członków/pacjentów RCAM.

Proponowane usługi i stosowany cennik zostaną przedstawione w jednym wykazie lub w kilku wykazach (zob. pkt 5) i będą ważne przez okres 4 lat, licząc od dnia ich złożenia do Komisji.

W odniesieniu do programów badań diagnostycznych zostanie sporządzony specjalny wykaz.

Termin nadsyłania dokumentów przez zainteresowane podmioty ustalono na 6 miesięcy przed zakończeniem okresu 4 lat, licząc od dnia publikacji wniosku.

Wszystkie podmioty zachęca się do wyrażenia zainteresowania zgodnie z postanowieniami niniejszego zawiadomienia ze wskazaniem osoby odpowiedzialnej za kontakty ze RCAM. Uczestnicy spełniający kryteria, o których mowa w pkt 7 poniżej, zostaną wpisani przez Urząd Administracji i Wypłacania Należności Indywidualnych do wykazu placówek.

Dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z rozporządzeniem (WE) nr 45/2001 o ochronie osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych przez instytucje i organy wspólnotowe i o swobodnym przepływie takich danych. Dane osobowe oraz udzielone odpowiedzi można przetwarzać wyłącznie dla celów oceny dokumentów otrzymanych przez PMO.

Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych są dostępne na stronie internetowej:

http://ec.europa.eu/dataprotectionofficer/privacystatement_publicprocurement_en.pdf

4. Państwa członkowskie

Zainteresowanie mogą wyrazić szpitale, kliniki, laboratoria, przychodnie, apteki (dotyczy wyłącznie Belgii) oraz upoważnione osoby fizyczne prowadzące działalność w sektorze opieki zdrowotnej w następujących państwach członkowskich:

- we Włoszech,
- w Belgii ⁽¹⁾,
- we Francji,
- w Niemczech,
- w Luksemburgu ⁽²⁾,
- w Niderlandach,
- w Hiszpanii,
- w Zjednoczonym Królestwie.

5. Kategorie uwzględnione w wykazach

W wykazach uwzględnione będą następujące kategorie:

- szpitale – w ramach tej kategorii umieszczane będą informacje na temat ewentualnej specjalizacji danego szpitala,
- kliniki prywatne,
- laboratoria wykonujące badania i oferujące wizyty specjalistyczne,
- lekarze specjaliści (tj. ginekolodzy, pediatrzy, dentyści itp.),
- lekarze interniści,

⁽¹⁾ W Belgii w przypadku równych warunków i świadczeń proponowana cena nie może być wyższa niż cena określona w umowie (zob. krajowe porozumienie dotyczące opieki medycznej i ubezpieczeń wzajemnych z 2011 r. (konwencja INAM), podpisane dnia 13 grudnia 2010 r. i opublikowane w *Moniteur belge* dnia 17 stycznia 2011 r. – pkt 9.1. akapit drugi: „Krajowa Komisja ds. Opieki Medycznej i Ubezpieczeń Wzajemnych zwraca uwagę, że zgodnie z Traktatem oraz z rozporządzeniem Komisji (WE) nr 883/2004 niedozwolone jest stosowanie stawek wyższych niż stawki mające zastosowanie do rezydentów objętych krajowym systemem zabezpieczenia społecznego wobec obywateli Unii, w tym wobec pracowników zatrudnionych przez instytucje Unii Europejskiej”. http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=fr&caller=summary&pub_date=2011-01-17&numac=2010022524#end#end).

⁽²⁾ W Luksemburgu procentową wysokość zniżki rozpatruje się na podstawie cen określonych w umowie.

- podmioty świadczące usługi paramedyczne,
- apteki (dotyczy wyłącznie Belgii),
- programy badań diagnostycznych.

Jeżeli chodzi o sale w klinikach lub w szpitalach, ceny należy podać w odniesieniu do sal jednoosobowych (z których korzysta większość naszych pacjentów) oraz do sal dwuosobowych.

6. Termin ważności wykazu będącego wynikiem zaproszenia do wyrażenia zainteresowania

Wszystkie podmioty będą mogły złożyć dokumentację w terminie 4 lat bez 6 miesięcy od dnia publikacji niniejszego zawiadomienia.

7. Kryteria stosowane przy wpisywaniu podmiotów do wykazu

7.1. Kryteria wykluczające

1) Z procedury wyklucza się kandydatów, którzy:

- a) są w stanie upadłości lub są przedmiotem postępowania upadłościowego, likwidacyjnego, sądowego regulowania roszczeń lub postępowania zmierzającego do zawarcia porozumienia z wierzycielami lub zawieszania działalności gospodarczej lub którzy znajdują się w podobnej sytuacji w związku z postępowaniem o takim samym charakterze przewidzianym w krajowych przepisach ustawowych i wykonawczych;
- b) są skazani wyrokiem, który uzyskał powagę rzeczy osądzonej, za przestępstwo dotyczące ich działalności zawodowej;
- c) dopuścili się poważnego uchybienia zawodowego dowiedzonego za pomocą wszelkich właściwych środków, których wykorzystanie może zostać uzasadnione przez instytucje zamawiające;
- d) nie wypełnili swoich obowiązków w zakresie opłacania składek na ubezpieczenie społeczne lub podatków zgodnie z przepisami prawnymi państwa, w którym mają siedzibę, państwa instytucji zamawiającej lub państwa, w którym zamówienie ma zostać zrealizowane;
- e) są skazani wyrokiem, który uzyskał powagę rzeczy osądzonej, za oszustwo, korupcję, udział w organizacji przestępczej lub jakiegokolwiek inny czyn bezprawny narażający na szwank interesy finansowe Unii Europejskiej.

2) Podmioty mają obowiązek poświadczenia (poprzez złożenie honorowego oświadczenia), że nie znajdują się w żadnej z sytuacji określonych w pkt 1.

7.2. Kryteria wyboru

Możliwości techniczne i zawodowe:

- zgodność z wymaganiami i zezwolenie na prowadzenie działalności zgodnie z przepisami państwa, w którym podmiot ma siedzibę, lub państwa, w którym prowadzi on działalność.

7.2.1. Podmioty mają obowiązek wysłania dokumentacji poświadczającej zgodność z przepisami określonymi powyżej.

8. Dokumentacja dostarczana przez przedmioty

8.1. Podmioty mają obowiązek przesłania dokumentu poświadczającego ich ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej wobec osób trzecich.

8.2. Podmioty mają również obowiązek przedstawienia:

- 1) wykazu usług zdrowotnych, które świadczą w ramach swojej struktury;
- 2) cennika wszystkich usług/badań stosowanego wobec członków/pacjentów lub procentowej wysokości zniżki, którą zamierzają przyznać członkom/pacjentom RCAM w stosunku do ceny standardowej. W tym ostatnim przypadku podmioty mają obowiązek przesłania również standardowego cennika;
- 3) listy produktów farmaceutycznych oraz procentową wysokość zniżki cenowej (dotyczy wyłącznie Belgii).

8.3. Urząd Administracji i Wypłacania Należności Indywidualnych zastrzega sobie prawo do:

- odrzucenia wniosków podmiotów, które nie zawierają wszystkich niezbędnych informacji i dokumentów oraz które nie spełniają wszystkich niezbędnych wymogów formalnych,
- zażądania od podmiotów przedstawienia części lub wszystkich informacji i dokumentów lub dopełnienia części lub wszystkich formalności, na przykład w przypadku wygaśnięcia terminu ważności wspomnianych poświadczeń.

9. Pozostałe informacje dla podmiotów

- 9.1. Dokumenty potwierdzające i faktury przekazywane członkom przez podmioty muszą być zgodne z przepisami państwa, w którym świadczone są usługi.
- 9.2. Podmioty mają obowiązek niezwłocznego poinformowania PMO o wszelkiej ewentualnej zmianie skutkującej niemożliwością spełnienia przez nich kryteriów wskazanych w pkt 7.
- 9.3. Proponowane ceny można zmieniać raz do roku.

W przypadku zmiany cen podmioty mają obowiązek wysłania nowego zmienionego cennika do dnia 31 grudnia każdego roku. Zmiana stanie się skuteczna z dniem 1 lutego roku następującego po otrzymaniu zmienionego cennika.

- 9.4. Podmioty, które życzą sobie, aby ich dane zostały usunięte z wykazu, muszą poinformować o tym Komisję listem poleconym, zaadresowanym do osoby kontaktowej wskazanej w pkt 1.
- 9.5. Wniosek jest ważny przez 4 lata, licząc od dnia wysłania niniejszego zawiadomienia do Urzędu Publikacji Unii Europejskiej.

10. Sposób zgłoszenia

Zgłoszenie kandydatury oraz wymaganą dokumentację przesłać należy listem poleconym z potwierdzeniem odbioru na następujący adres:

PMO/3 — RCAM
Rue de la Science/Wetenschapsstraat 27 (SC27 3/054)
1049 Bruxelles/Brussel
BELGIQUE/BELGIË
For the attention of Mr SCOGNAMIGLIO

11. Pozostałe informacje

Wszystkie podmioty, które wyraziły zainteresowanie przedmiotowym działaniem, zostaną poinformowane o wyniku rozpatrzenia wniosku o dopuszczenie do udziału (o tym, czy zostały umieszczone w wykazie) w terminie 30 dni kalendarzowych, licząc od dnia złożenia wniosku.

Urząd Administracji i Wypłacania Należności Indywidualnych zastrzega sobie prawo do anulowania wpisu do wykazu i informuje o tym zainteresowany podmiot w terminie 15 dni kalendarzowych w przypadku:

- 1) niezastosowania proponowanej ceny przez przychodnię/świadczenicodawcę;
- 2) nieprzestrzegania szczegółowych zasad ustanowionych przez państwo członkowskie, w którym prowadzona jest działalność.

Załączniki:

- Programy badań diagnostycznych wspólnego programu ubezpieczeń zdrowotnych.

ZAŁĄCZNIK I

**UNIA EUROPEJSKA – WSPÓLNY PROGRAM UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH
PROGRAM BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH NR 1****Kobiety w wieku poniżej 40 lat****Częstotliwość: co 5 lat**

(z wyjątkiem badania ginekologicznego, które wykonuje się co roku)

(Z uwagi na fakt, że badania są nieobowiązkowe, możliwa jest rezygnacja z jednego z nich; koszty jakichkolwiek badań dodatkowych ponosi pacjent).

1. Badanie lekarskie

I badanie ostrości wzroku

2. Radiografia klatki piersiowej (płuc) – projekcja przednio-tylna i boczna

Wyłącznie na uzasadnione zlecenie lekarskie

3. Badania laboratoryjne

— Badanie krwi:

OB krwi

liczba krwinek białych

rozmaz krwinek białych

liczba krwinek czerwonych

liczba płytek krwi

hemoglobina

stężenie żelaza w osoczu

stężenie glukozy

stężenie cholesterolu całkowitego – HDL-LDL

stężenie trójglicerydów

stężenie kwasu moczowego

stężenie mocznika

stężenie kreatyniny

AspAT (ALT)

ALAT (AST)

GGTP (gamma GT)

antygeny HBs i przeciwciała HBc

test VDRL wykonany metodą immunofluorescencji

test na obecność HIV (wykonywany za zgodą pacjenta)

— Badanie moczu:

stężenie albuminy, zawartość glukozy, obecność krwi + badanie mikroskopowe – Diagnostyka chorób tropikalnych (wyłącznie osoby zatrudnione w państwach o klimacie tropikalnym); przeciwciała zarodziec sierpowy, schistosomatoza, ameboza i przeciwciała anty-HBs

Badanie **parazytologiczne** kału (badanie metodą bezpośrednią i zageszczającą)

4. Elektrokardiografia w spoczynku

5. Badanie ginekologiczne

- Cytologia szyjki macicy i wziernikowanie pochwy
- Badanie kliniczne piersi
- Mammografia i ultrasonografia piersi **wyłącznie na uzasadnione zlecenie lekarskie**

6. Podsumowanie

(Uaktualnienie karty oceny ryzyka)

ZAŁĄCZNIK II

**UNIA EUROPEJSKA – WSPÓLNY PROGRAM UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH
PROGRAM BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH NR 2****Kobiety w wieku 40–59 lat: częstotliwość co 3 lata****Kobiety w wieku od 60 lat: częstotliwość co 2 lata**

(z wyjątkiem badania ginekologicznego, które wykonuje się co roku)

(Z uwagi na fakt, że badania są nieobowiązkowe, możliwa jest rezygnacja z jednego z nich; koszty jakichkolwiek badań dodatkowych ponosi pacjent)

1. Badanie lekarskie**2. Pełne badanie okulistyczne**

Badanie ostrości wzroku lub badanie pod kątem wady wzroku (bez wystawiania recepty na szkła korekcyjne): –
Badanie dna oka – Badanie ciśnienia śródgałkowego

3. Pełne badanie laryngologiczne

(Laryngoskopia bezpośrednia metodą fiberoskopową, wyłącznie jeżeli przeprowadzenie laryngoskopii pośredniej jest niemożliwe)

4. Radiografia klatki piersiowej (płuc) – projekcja przednio-tylna i boczna

Wyłącznie na uzasadnione zlecenie lekarskie

5. Badania laboratoryjne

— Badanie krwi:

OB krwi

liczba krwinek białych

rozmaz krwinek białych

liczba krwinek czerwonych

liczba płytek krwi

hemoglobina

stężenie żelaza w osoczu

stężenie glukozy

stężenie cholesterolu całkowitego – HDL-LDL

stężenie trójglicerydów

stężenie kwasu moczowego

stężenie mocznika

stężenie kreatyniny

AspAT (ALT)

ALAT (AST)

GGTP (gamma GT)

stężenie fosfatazy zasadowej

stężenie potasu

przeciwciała anty-HBs, przeciwciała anty-HBc

test VDRL wykonany metodą immunofluorescencji

test na obecność HIV (wykonywany za zgodą pacjenta)

elektroforeza białek surowicy (od 50 roku życia)

— Badanie moczu:

stężenie albuminy, zawartość glukozy, obecność krwi + badanie mikroskopowe – badanie na krew utajoną (3 kolejne dni) – Diagnostyka chorób tropikalnych (wyłącznie osoby zatrudnione w państwach o klimacie tropikalnym): przeciwciała zarodziec sierpowy, schistosomatoza, ameboza i przeciwciała anty-HBs

Badanie **parazytologiczne** kału (badanie metodą bezpośrednią i zagęszczającą)

6. Badanie kardiologiczne

— Elektrokardiografia w spoczynku

— Elektrokardiograficzna próba wysiłkowa: test wysiłkowy na rowerze stacjonarnym (pod warunkiem braku czynników podwyższonego ryzyka)

7. Sigmoidoskopia

(Pełną kolonoskopię referencyjną zaleca się osobom w wieku 45–50 lat; osoby obciążone ryzykiem genetycznym: kontrola co 3 lata)

W przypadku konieczności przeprowadzenia kolonoskopii lub sigmoidoskopii (w tej sprawie należy skonsultować się z lekarzem prowadzącym, lekarzem urzędowym z instytucji pacjenta lub z lekarzem z ośrodka diagnostyki) informacji na temat sposobu przygotowania do badania należy zasięgnąć w ośrodku diagnostyki.

8. Badanie ginekologiczne

— Cytologia szyjki macicy i wziernikowanie pochwy

— Badanie kliniczne piersi

— Mammografia

— Ultrasonografia piersi **wyłącznie na uzasadnione zlecenie lekarskie**

9. Ultrasonografia jamy brzusznej i nerek

Jedno badanie referencyjne dla osób w wieku 45–50 lat i powyżej 50 lat, zgodnie z częstotliwością określoną w odniesieniu do programu

10. Podsumowanie

(Uaktualnienie karty oceny ryzyka)

ZAŁĄCZNIK III

**UNIA EUROPEJSKA – WSPÓLNY PROGRAM UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH
PROGRAM BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH NR 3****Mężczyźni w wieku poniżej 40 lat****Częstotliwość: co 5 lat**

(Z uwagi na fakt, że badania są nieobowiązkowe, możliwa jest rezygnacja z jednego z nich; koszty jakichkolwiek badań dodatkowych ponosi pacjent)

1. Badanie lekarskie

I badanie ostrości wzroku

2. Radiografia klatki piersiowej (płuc) – projekcja przednio-tylna i boczna

Wyłącznie na uzasadnione zlecenie lekarskie

3. Badania laboratoryjne

— Badanie krwi:

OB krwi

liczba krwinek białych

rozmaz krwinek białych

liczba krwinek czerwonych

liczba płytek krwi

hemoglobina

stężenie glukozy

stężenie cholesterolu całkowitego – HDL-LDL

stężenie trójglicerydów

stężenie kwasu moczowego

stężenie mocznika

stężenie kreatyniny

AspAT (ALT)

ALAT (AST)

GGTP (gamma GT)

przeciwciała anti-HBs, przeciwciała anti-HBc

test VDRL wykonany metodą immunofluorescencji

test na obecność HIV (wykonywany po otrzymaniu zgody pacjenta)

— Badanie moczu:

stężenie albuminy, zawartość glukozy, obecność krwi + badanie mikroskopowe – Diagnostyka chorób tropikalnych (wyłącznie zatrudnione w państwach o klimacie tropikalnym): przeciwciała zarodziec sierpowy, schistosomatoza, ameboza i przeciwciała anti-HBs

Badanie **parazytologiczne** kału (badanie metodą bezpośrednią i zagęszczającą)

4. Elektrokardiografia w spoczynku**5. Podsumowanie**

(Uaktualnienie karty oceny ryzyka)

ZAŁĄCZNIK IV

**UNIA EUROPEJSKA – WSPÓLNY PROGRAM UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH
PROGRAM BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH NR 4****Mężczyźni w wieku 40–59 lat: częstotliwość co 3 lata****Mężczyźni w wieku od 60 lat: częstotliwość co 2 lata**

(Z uwagi na fakt, że badania są nieobowiązkowe, możliwa jest rezygnacja z jednego z nich; koszty jakichkolwiek badań dodatkowych ponosi pacjent)

1. Badanie lekarskie

W tym badanie prostaty *per rectum* – osoby w wieku od 50 lat

2. Pełne badanie okulistyczne

Badanie ostrości wzroku lub badanie pod kątem wady wzroku (bez wystawiania recepty na szkła korekcyjne); –
Badanie dna oka – Badanie ciśnienia śródgałkowego

3. Pełne badanie laryngologiczne

(Laryngoscopia bezpośrednia metodą fiberoskopową, wyłącznie jeżeli przeprowadzenie laryngoskopii pośredniej jest niemożliwe)

4. Radiografia klatki piersiowej (płuc) – projekcja przednio-tylna i boczna

Wyłącznie na uzasadnione zlecenie lekarskie

5. Badania laboratoryjne

— Badanie krwi:

OB krwi

liczba krwinek białych

rozmaz krwinek białych

liczba krwinek czerwonych

liczba płytek krwi

hemoglobina

stężenie glukozy

stężenie cholesterolu całkowitego – HDL-LDL

stężenie trójglicerydów

stężenie kwasu moczowego

stężenie mocznika

stężenie kreatyniny

AspAT (ALT)

ALAT (AST)

GGTP (gamma GT)

stężenie fosfatazy zasadowej

stężenie potasu

przeciwciała anty-HBs, przeciwciała anty-HBc

test VDRL wykonany metodą immunofluorescencji

test na obecność HIV (wykonywany po otrzymaniu zgody pacjenta)

elektroforeza białek surowicy (od 50 roku życia) – Badanie moczu:

PSA – osoby w wieku od 50 lat

— Badanie moczu:

stężenie albuminy, zawartość glukozy, obecność krwi + badanie mikroskopowe – badanie na krew utajoną (3 kolejne dni) – Diagnostyka chorób tropikalnych (wyłącznie osoby zatrudnione w państwach o klimacie tropikalnym): przeciwciała zarodziec sierpowy, schistosomatoza, ameboza i przeciwciała anty-HBs

Badanie **parazytologiczne** kału (badanie metodą bezpośrednią i zagęszczającą)

6. Badanie kardiologiczne

— Elektrokardiografia w spoczynku

— Elektrokardiograficzna próba wysiłkowa: test wysiłkowy na rowerze stacjonarnym (pod warunkiem braku czynników podwyższonego ryzyka)

7. Sigmoidoskopia

(Pełną kolonoskopię referencyjną zaleca się osobom w wieku 45–50 lat; osoby obciążone ryzykiem genetycznym: kontrola co 3 lata)

W przypadku konieczności przeprowadzenia kolonoskopii lub sigmoidoskopii (w tej sprawie należy skonsultować się z lekarzem prowadzącym, lekarzem urzędowym z instytucji pacjenta lub z lekarzem z ośrodka diagnostyki) informacji na temat sposobu przygotowania do badania należy zasięgnąć w ośrodku diagnostyki.

8. Ultrasonografia jamy brzusznej i nerek

Jedno badanie referencyjne dla osób w wieku 45–50 lat i powyżej 50 lat, zgodnie z częstotliwością określoną w odniesieniu do programu

9. Podsumowanie

(Uaktualnienie karty oceny ryzyka)

ZAŁĄCZNIK V

**UNIA EUROPEJSKA – WSPÓLNY PROGRAM UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH
PROGRAM BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH DLA DZIECI****Częstotliwość: co roku do 16 roku życia**

(Z uwagi na fakt, że badania są nieobowiązkowe, możliwa jest rezygnacja z jednego z nich; koszty jakichkolwiek badań dodatkowych ponosi pacjent)

1. W wieku 0–5 lat

- Badanie przeprowadzone przez lekarza specjalistę
- percentyl wagi/wzrostu
- kontrola szczepień z ewentualnym odnowieniem

W wieku 4 lat:

- Dodatkowe badanie słuchu przeprowadzone przez laryngologa oraz badanie okulistyczne przeprowadzone przez okulistę
- Podsumowanie dla lekarza prowadzącego

2. W wieku 6–16 lat

- Badanie dentystryczne z podsumowaniem dla dentystry prowadzącego
- Dzieci mieszkające poza Wspólnotą (w państwach AKP lub w państwach nienależących do Wspólnoty o niższym standardzie sanitarnym niż państwa członkowskie):
 - do 14 roku życia: badanie pediatryczne
 - do 15 i 16 lat: badanie pediatryczne lub badanie przeprowadzone przez lekarza internistę (w zależności od decyzji rodziców)

3. Badanie laboratoryjne

- Dzieci mieszkające w państwach AKP

Od 3 roku życia:

- *Badanie kału:*
 - badanie metodą bezpośrednią
 - badanie metodą zągęszczającą
- *Hematologia:*
 - stężenie żelaza w osoczu
 - liczba retikulocytów
 - stężenie kwasu foliowego
- *Jony:*
 - stężenie wapnia i
 - fosforu
- *Serologia:*
 - IgM anty-HAV
 - antygeny HBs i przeciwciała HBs
 - przeciwciała amebozy
 - przeciwciała schistosomatozy

Uwaga: Oczywiście jest, że w przypadkach, w których przeciwciała już raz się wytworzyły i ich miano jest stabilne, badania nie powtarza się co roku, ponieważ informacja o tym figuruje w karcie pacjenta.

ZAŁĄCZNIK VI

**UNIA EUROPEJSKA – WSPÓLNY PROGRAM UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH
PROGRAM BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH DLA KOBIET****Częstotliwość: co roku**

(Z uwagi na fakt, że badania są nieobowiązkowe, możliwa jest rezygnacja z jednego z nich; koszty jakichkolwiek badań dodatkowych ponosi pacjent)

1. Badanie ginekologiczne

- Cytologia szyjki macicy i wziernikowanie pochwy – Badanie kliniczne piersi
- Mammografia i ultrasonografia piersi (co 2 lata) **wyłącznie na uzasadnione zlecenie lekarskie**

2. Podsumowanie

(Uaktualnienie karty oceny ryzyka)
