

**ZARZĄDZENIE NR 10/2025/DSOZ  
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 3 lutego 2025 r.

**zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.<sup>1)</sup>) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** W zarządzeniu Nr 167/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie<sup>2)</sup>, wprowadza się następujące zmiany:

- 1) załącznik nr 1 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia;
- 2) załącznik nr 3 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia.

**§ 2.** Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, stosuje się przepisy zarządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia.

**§ 3. 1.** Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia zobowiązani są do wprowadzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami zmian wynikających z wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia.

2. Przepis ust. 1 stosuje się również do umów zawartych ze świadczeniodawcami po zakończeniu postępowań, o których mowa w § 2.

**§ 4.** Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od 1 stycznia 2025 r.

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

**PREZES  
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Marek Augustyn  
z up. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
*/dokument podpisany elektronicznie/*

---

<sup>1)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 858, 1222, 1593, 1615 i 1915.

<sup>2)</sup> W brzmieniu wynikającym z obwieszczenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie. Zmienione zarządzeniem Nr 116/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 września 2022 r., zarządzeniem Nr 143/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 listopada 2022 r., zarządzeniem Nr 30/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 lutego 2023 r., zarządzeniem Nr 48/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 lutego 2023 r. oraz zarządzeniem Nr 68/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 kwietnia 2023 r.

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr 10/2025/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 3 lutego 2025 r.

**Katalog zakresów świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie**

L p.	kod zakresu	nazwa zakresu	kod produktu	nazwa produktu	jednostka rozliczeniowa	Taryfa ustalona przez AOT MiT	Wartość punktowa produktu rozliczeniowego	warunki wykonania			uwagi
								świadczenie wykonywane w warunkach domowych	świadczenie wykonywane w trybie ambulatoryjnym	świadczenie wykonywane w trybie hospitalizacji	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	11.4132.001.02	dializoterapia otrzewnowa	5.10.00.0000051	dializa otrzewnowa	punkt	19,4	228,36	x	x		za osobodzień, obejmuje pełne koszty i badania dodatkowe, w tym środki stymulujące erytropoezę
2	11.4132.002.12	hemodializoterapia	5.10.00.0000091	hemodializa - świadczenie wykonywane w trybie ambulatoryjnym	punkt	34,82	409,93		x		
3			5.10.00.0000153	Hemodiafiltracja (HDF)	punkt	418	418,00		x		
4	11.4132.003.12	hemodializoterapia - z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru	5.10.00.0000092	hemodializa – świadczenie wykonywane w trybie ambulatoryjnym z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru oraz z dostępem do oddziału	punkt	38,58	454,20		x		

				nefrologii lub o profilu nefrologicznym							
5			5.10.00.00001 53	Hemodiafiltracja (HDF)	punkt		440,97		x		
6	11.9800.041. 02	terapia hiperbaryczna	5.10.00.00001 51	Terapia hiperbaryczna (1 sprężenie u 1 pacjenta) – z zapewnieniem 24h dostępności	punkt	520	520,00		x	x	
7			5.10.00.00001 52	Terapia hiperbaryczna (1 sprężenie u 1 pacjenta) – bez zapewnienia 24h dostępności	punkt	360	360,00		x		
8	11.2150.042. 02	tlenoterapia domowa	5.10.00.00000 06	tlenoterapia w warunkach domowych	punkt		11,49	x			za osobodzeń, w tym koszt środków technicznych;
9	11.0000.047. 02	żywienie pozajelitowe w warunkach domowych	5.10.00.00000 07	żywienie pozajelitowe dorosłych w warunkach domowych	punkt		230,00	x			za osobodzeń,
10			5.10.00.00000 08	żywienie pozajelitowe dzieci w warunkach domowych	punkt		402,00	x			
11	11.0000.048. 02	żywienie dojelitowe w warunkach domowych	5.10.00.00000 50	żywienie dojelitowe w warunkach domowych	punkt		92,00	x			
12	11.1210.052. 12	badania zgodności tkankowej	5.10.00.00000 16	badanie antygenów zgodności tkankowej przy typowaniu dawców szpiku	świadczenie		1		x		

				lub komórek krwiotwórczych albo żywych dawców wątroby lub nerki							
13	11.1210.053.02	badania genetyczne	5.10.00.0000041	kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nowotworowych	punkt		532,51		x		
14			5.10.00.0000043	kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nienowotworowych z uwzględnieniem cytogenetycznych badań molekularnych	punkt		1 065,02		x		
15			5.10.00.0000047	diagnostyka cukrzycy monogenowej - badania genetyczne	punkt	2 154	2 154,00		x		
16			5.10.00.00000233	Badanie genetyczne metodą porównawczej hybrydyzacji genomowej do mikromacierzy (aCGH – Array Comparative Genomic Hybridization) z równoczesną hodowlą komórkową	punkt		1113,40		x		

17			5.10.00.0000 234	Badanie genetyczne metodą porównawczej hybrydyzacji genomowej do mikromacierzy (aCGH – Array Comparative Genomic Hybridization) z wykorzystaniem mikromacierzy o niskiej rozdzielczości (równej lub powyżej 60 tysięcy/ 60k sond)	punkt		921,80		x		
18			5.10.00.0000 235	Badanie genetyczne metodą porównawczej hybrydyzacji genomowej do mikromacierzy (aCGH – Array Comparative Genomic Hybridization) z wykorzystaniem mikromacierzy o wysokiej rozdzielczości (równej lub powyżej 180 tysięcy/ 180k sond)	punkt		1377,10		x		
19			5.10.00.0000 236	Analiza ekspresji jednego genu (w	punkt		392,70		x		do rozliczenia niezbędne jest

			tym genu fuzyjnego) przy użyciu metody Real-Time PCR – ilościowa reakcja łańcuchowa polimerazy w czasie rzeczywistym (qRT-PCR – Real-Time Quantitative Polymerase Chain Reaction)						sprawozdanie jednego z produktów z przedziału 5.10.00.0000238 - 5.10.00.0000257
20		5.10.00.0000 237	Analiza ekspresji dwóch i więcej genów (w tym genów fuzyjnych) przy użyciu metody Real-Time PCR – ilościowa reakcja łańcuchowa polimerazy w czasie rzeczywistym (qRT-PCR – Real-Time Quantitative Polymerase Chain Reaction)	punkt		830,70		x	do rozliczenia niezbędne jest sprawozdanie co najmniej dwóch produktów z przedziału 5.10.00.0000238 - 5.10.00.0000257
21		5.10.00.0000 238	Diagnostyka w kierunku rozpoznawania genów fuzyjnych BCR::ABL1 lub chromosomu Philadelphia	Produkt statystycz ny		0		x	

			(Ph)						
22		5.10.00.0000 239	Diagnostyka w kierunku rozpoznawania genów fuzyjnych PML::RARA	Produkt statystyczny		0		x	
23		5.10.00.0000 240	Diagnostyka w kierunku rozpoznawania genów fuzyjnych RUNX1::RUNX1T1	Produkt statystyczny		0		x	
24		5.10.00.0000 241	Diagnostyka w kierunku rozpoznawania genów fuzyjnych CBFβ::MYH11	Produkt statystyczny		0		x	
25		5.10.00.0000 242	Diagnostyka w kierunku rozpoznawania mutacji NPM1	Produkt statystyczny		0		x	
26		5.10.00.0000 243	Monitorowanie odpowiedzi na zastosowaną terapię oraz ocena chimeryzmu przeszczepowego u pacjentów poddanych transplantacji allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych	Produkt statystyczny		0		x	
27		5.10.00.0000 244	Monitorowanie minimalnej	Produkt statystyczny		0		x	

			choroby resztkowej, które obejmuje identyfikację rearanżacji genów do monitorowania PCR MRD ALL: ALL MRD-PCR1	ny						
28		5.10.00.0000 245	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje identyfikację rearanżacji genów do monitorowania PCR MRD ALL: ALL-MRD-PCR2	Produkt statystyczny		0		x		
29		5.10.00.0000 246	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą PCR w ALL: ALL-MRD-PCR1	Produkt statystyczny		0		x		
30		5.10.00.0000 247	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą PCR w ALL: ALL-MRD-	Produkt statystyczny		0		x		



			PCR2						
31		5.10.00.0000 248	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje diagnostykę molekularną AML i oznaczenie wyjściowego poziomu badanego transkryptu do monitorowania MRD - PML::RARA	Produkt statystyczny		0		x	
32		5.10.00.0000 249	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje diagnostykę molekularną AML i oznaczenie wyjściowego poziomu badanego transkryptu do monitorowania MRD - RUNX1::RUNX1T1	Produkt statystyczny		0		x	
33		5.10.00.0000 250	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje diagnostykę molekularną	Produkt statystyczny		0		x	

			AML i oznaczenie wyjściowego poziomu badanego transkryptu do monitorowania MRD - CFBF::MYH11							
34		5.10.00.0000 251	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje diagnostykę molekularną AML i oznaczenie wyjściowego poziomu badanego transkryptu do monitorowania MRD - mutacja NPM1	Produkt statystyczny		0		x		
35		5.10.00.0000 252	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą qRT-PCR - geny fuzyjne w AML - PML::RARA	Produkt statystyczny		0		x		
36		5.10.00.0000 253	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie	Produkt statystyczny		0		x		

			MRD metodą qRT-PCR - geny fuzyjne w AML - RUNX1:: RUNX1T1							
37		5.10.00.0000 254	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą qRT-PCR - geny fuzyjne w AML - BFB::MYH11	Produkt statystycz ny		0		x		
38		5.10.00.0000 255	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą qRT-PCR w AML - mutacja NPM1	Produkt statystycz ny		0		x		
39		5.10.00.0000 256	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie wyjściowego poziomu badanego transkryptu BCR::ABL1 w	Produkt statystycz ny		0		x		

				CML							
40			5.10.00.0000 257	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczanie MRD metodą qRT-PCR – transkrypt BCR::ABL1 w CML	Produkt statystyczny		0		x		
41	11.1210.160 .02	badania genetyczne - świadczenia diagnostyki genetycznej udzielane osobom do ukończenia 18 roku życia	5.10.00.0000 41	kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nowotworowych	punkt		532,51		x		
42			5.10.00.0000 043	kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nienowotworowych z uwzględnieniem cytogenetycznych badań molekularnych	punkt		1 065,02		x		
43			5.10.00.0000 047	diagnostyka cukrzycy monogenowej - badania genetyczne	punkt	2 154	2 154,00		x		
44			5.10.00.0000 233	Badanie genetyczne metodą porównawczej hybrydyzacji genomowej do mikromacierzy	punkt		1113,40		x		

				(aCGH – Array Comparative Genomic Hybridization) z równoczesną hodowlą komórkową							
45			5.10.00.0000 234	Badanie genetyczne metodą porównawczej hybrydyzacji genomowej do mikromacierzy (aCGH – Array Comparative Genomic Hybridization) z wykorzystaniem mikromacierzy o niskiej rozdzielczości (równej lub powyżej 60 tysięcy/ 60k sond)	punkt		921,80		x		
46			5.10.00.0000 235	Badanie genetyczne metodą porównawczej hybrydyzacji genomowej do mikromacierzy (aCGH – Array Comparative Genomic Hybridization) z wykorzystaniem mikromacierzy o wysokiej rozdzielczości	punkt		1377,10		x		

				(równej lub powyżej 180 tysięcy/ 180k sond)						
47			5.10.00.0000 236	Analiza ekspresji jednego genu (w tym genu fuzyjnego) przy użyciu metody Real-Time PCR – ilościowa reakcja łańcuchowa polimerazy w czasie rzeczywistym (qRT-PCR – Real-Time Quantitative Polymerase Chain Reaction)	punkt		392,70		x	do rozliczenia niezbędne jest sprawozdanie jednego z produktów z przedziału 5.10.00.0000238 - 5.10.00.0000257
48			5.10.00.0000 237	Analiza ekspresji dwóch i więcej genów (w tym genów fuzyjnych) przy użyciu metody Real-Time PCR – ilościowa reakcja łańcuchowa polimerazy w czasie rzeczywistym (qRT-PCR – Real-Time Quantitative Polymerase Chain Reaction)	punkt		830,70		x	do rozliczenia niezbędne jest sprawozdanie co najmniej dwóch produktów z przedziału 5.10.00.0000238 - 5.10.00.0000257

49		5.10.00.0000 238	Diagnostyka w kierunku rozpoznawania genów fuzyjnych BCR::ABL1 lub chromosomu Philadelphia (Ph)	Produkt statystyczny	0	x		
50		5.10.00.0000 239	Diagnostyka w kierunku rozpoznawania genów fuzyjnych PML::RARA	Produkt statystyczny	0	x		
51		5.10.00.0000 240	Diagnostyka w kierunku rozpoznawania genów fuzyjnych RUNX1::RUNX1T1	Produkt statystyczny	0	x		
52		5.10.00.0000 241	Diagnostyka w kierunku rozpoznawania genów fuzyjnych CBFB::MYH11	Produkt statystyczny	0	x		
53		5.10.00.0000 242	Diagnostyka w kierunku rozpoznawania mutacji NPM1	Produkt statystyczny	0	x		
54		5.10.00.0000 243	Monitorowanie odpowiedzi na zastosowaną terapię oraz ocena chimeryzmu przeszczepowego u pacjentów poddanych	Produkt statystyczny	0	x		

			transplantacji allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych							
55		5.10.00.0000 244	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje identyfikację rearanżacji genów do monitorowania PCR MRD ALL: ALL MRD-PCR1	Produkt statystycz ny		0		x		
56		5.10.00.0000 245	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje identyfikację rearanżacji genów do monitorowania PCR MRD ALL: ALL- MRD-PCR2	Produkt statystycz ny		0		x		
57		5.10.00.0000 246	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą PCR w ALL: ALL-MRD- PCR1	Produkt statystycz ny		0		x		
58		5.10.00.0000	Monitorowanie minimalnej	Produkt statystycz		0		x		



			247	choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą PCR w ALL: ALL-MRD-PCR2	ny						
59			5.10.00.0000 248	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje diagnostykę molekularną AML i oznaczenie wyjściowego poziomu badanego transkryptu do monitorowania MRD - PML::RARA	Produkt statystyczny		0		x		
60			5.10.00.0000 249	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje diagnostykę molekularną AML i oznaczenie wyjściowego poziomu badanego transkryptu do monitorowania MRD - RUNX1::RUNX1T1	Produkt statystyczny		0		x		

61			5.10.00.0000 250	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje diagnostykę molekularną AML i oznaczenie wyjściowego poziomu badanego transkryptu do monitorowania MRD - CFBF::MYH11	Produkt statystyczny		0		x		
62			5.10.00.0000 251	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje diagnostykę molekularną AML i oznaczenie wyjściowego poziomu badanego transkryptu do monitorowania MRD - mutacja NPM1	Produkt statystyczny		0		x		
63			5.10.00.0000 252	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą qRT-PCR - geny fuzyjne w AML	Produkt statystyczny		0		x		

			- PML::RARA						
64		5.10.00.0000 253	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą qRT-PCR - geny fuzyjne w AML - RUNX1::RUNX1T1	Produkt statystyczny		0		x	
65		5.10.00.0000 254	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą qRT-PCR - geny fuzyjne w AML - BFB::MYH11	Produkt statystyczny		0		x	
66		5.10.00.0000 255	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą qRT-PCR w AML - mutacja NPM1	Produkt statystyczny		0		x	
67		5.10.00.0000 256	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje	Produkt statystyczny		0		x	

				oznaczenie wyjściowego poziomu badanego transkryptu BCR::ABL1 w CML							
68			5.10.00.0000 257	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczanie MRD metodą qRT-PCR – transkrypt BCR::ABL1 w CML	Produkt statystycz ny		0		x		
69	11.0000.040. 02	badania izotopowe	5.10.00.00000 21	scyntygrafia całego ciała z zastosowaniem znakowanych analogów somatostatyny	punkt		5 326,13		x		
70			5.10.00.00000 22	scyntygrafia nadnerczy/innyc h okolic ciała	punkt		2 366,94		x		
71			5.10.00.00000 23	scyntygrafia wentylacyjna płuc	punkt		1 775,72		x		
72			5.10.00.00000 24	scyntygrafia całego ciała z zastosowaniem cytrynianu galu	punkt		2 959,19		x		
73			5.10.00.00000 25	scyntygrafia z zastosowaniem znakowanych leukocytów	punkt		2 722,29		x		

74			5.10.00.00000 49	diagnostyka zaburzeń czynności układu pozapiramidowego w przebiegu schorzeń zwyrodnieniowych ośrodkowego układu nerwowego za pomocą radiofarmaceutyków	punkt	6 272	6 272,00	x		
75	11.0000.043. 02	terapia izotopowa	5.10.00.00000 18	terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy - porada kwalifikacyjna	punkt		355,35	x		nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi
76			5.10.00.00000 19	terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy - podanie izotopu	punkt		355,35	x		
77			5.10.00.00000 20	terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy - porada kontrolna	punkt		82,40	x		nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi
78			5.10.00.00000 26	terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości -	punkt		592,25	x		nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi

				porada kwalifikacyjna						
79			5.10.00.00000 27	terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości - podanie izotopu strontu	punkt		2 959,19		x	
80			5.10.00.00000 28	terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości - podanie izotopu samaru	punkt		4 733,88		x	
81			5.10.00.00000 29	terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości - porada kontrolna	punkt		118,45		x	nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi
82			5.10.00.00000 65	synowiektomie radioizotopowe - porada kwalifikacyjna	punkt		295,61		x	nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi
83			5.10.00.00000 30	synowiektomie radioizotopowe	punkt		2 366,94		x	
84			5.10.00.00000 66	synowiektomie radioizotopowe - porada kontrolna	punkt		94,76		x	nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi
85	11.0000.041. 02	zaopatrzenie protetyczne	5.10.00.00000 36	zaopatrzenie w protezę twarzy	punkt		426,42		x	obejmuje koszt protezy

86	11.7220.001.12	pozytonowa tomografia emisyjna (PET)	5.10.00.00000 37	zaopatrzenie w protezę nosa	punkt		4 852,33		x		obejmuje koszt protezy
87			5.10.00.00000 38	zaopatrzenie w protezę małżowiny usznej	punkt		4 852,33		x		obejmuje koszt protezy
88			5.10.00.00000 39	zaopatrzenie w ektoprotezę: gałki ocznej, wargi i nosa	punkt		5 798,90		x		obejmuje koszt protezy
89			5.10.00.00000 40	naprawa i renowacja protezy twarzy	punkt		532,51		x		obejmuje koszt protezy
90			5.10.00.00000 45	powiększenie indywidualnej protezy gałki ocznej	punkt		592,25		x		obejmuje koszt protezy
91			5.10.00.00000 48	zatyczka do protezy gałki ocznej	punkt		355,35		x		
92	11.7220.001.12	pozytonowa tomografia emisyjna (PET)	5.10.00.00001 03	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy I	punkt	236,22	2 795,42		x		- za jedno badanie - grupa I obejmuje radiofarmaceutyki: 18F-FDG, 18F-NaF.
93			5.10.00.00001 04	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy II	punkt	349,96	4 141,63		x		- za jedno badanie - grupa II obejmuje inne radiofarmaceutyki: zarejestrowane w Polsce 18F-cholina (18-fluorocholina) lub nie zarejestrowane w Polsce a sprowadzane w trybie importu docelowego lub produkowane na potrzeby własne przez laboratorium świadczeniodawcy

											zgodnie z prawem atomowym
94	11.1021.046.02	leczenie cukrzycy z zastosowanie m pompy insulinowej u dzieci	5.10.00.00000 53	leczenie cukrzycy z zastosowanie m pompy insulinowej u dzieci do 6 roku życia albo wymagających do 20 jednostek insuliny na dobę	punkt		7 469,00		x		
95			5.10.00.00000 54	leczenie cukrzycy z zastosowanie m pompy insulinowej u dzieci od 6 do 18 roku życia	punkt		6 894,00		x		
96	11.1021.047.02	leczenie cukrzycy z zastosowanie m pompy insulinowej u dorosłych	5.10.00.00000 56	leczenie cukrzycy z zastosowanie m pompy insulinowej u dorosłych w wieku 18-26 lat wymagających do 30 jednostek insuliny na dobę	punkt		7 469,00		x		
97			5.10.00.00000 57	leczenie cukrzycy z zastosowanie m pompy insulinowej u dorosłych w wieku 18-26 lat	punkt		6 894,00		x		



98	10.0000.050. 02	kompleksowe leczenie wrodzonej sztywności wielostawowe j	5.10.00.00000 58	kompleksowe operacyjne leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		13 539,35		x	obejmuje zabieg operacyjny korygujący deformację na przynajmniej dwóch poziomach w obrębie tkanek miękkich i/lub kostnych kończyny dolnej i miednicy- w czasie jednej sesji operacyjnej oraz rehabilitację w oddziale z dopasowaniem i założeniem ortez; nie można łączyć ze świadczeniami z innych rodzajów
99			5.10.00.00000 59	operacyjne leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		4 923,40		x	obejmuje zabieg operacyjny korygujący deformację na jednym poziomie w obrębie tkanek miękkich i/lub kostnych kończyny górnej lub dolnej oraz rehabilitacją w oddziale z dopasowaniem i założeniem ortez; nie można łączyć ze świadczeniami z innych rodzajów
10 0			5.10.00.00000 60	kompleksowe zachowawcze leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		4 307,46		x	obejmuje diagnostykę, rehabilitację w Oddziale Ortopedii, założenie i dopasowanie ortez; nie można łączyć ze świadczeniami z innych rodzajów
10 1			5.10.00.00000 61	rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych wrodzonej	punkt		177,10		x	osobodzić w oddziale rehabilitacji ogólnoustrojowej dzieci; nie można łączyć ze świadczeniami z innych

				sztywności wielostawowej						rodzajów
10 2			5.10.00.00000 62	zaopatrzenie w przedmiot ortopedyczny w leczeniu wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		1		x	koszt wyrobu wykonanego na zamówienie, o którym mowa w ustawie z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. poz. 974) art. 2 pkt. 36; udokumentowany fakturą; możliwość rozliczenia ze świadczeniami w trybie hospitalizacji z niniejszego zakresu
10 3			5.10.00.00000 63	porada zabiegowa w leczeniu wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		270,89		x	korekcje manualne deformacji i założenie unieruchomienia gipsowego; usunięcie materiału zespalającego po leczeniu operacyjnym; nie można sumować ze świadczeniami nr: 5.10.00.0000058, 5.10.00.0000059, 5.10.00.0000060, 5.10.00.0000061, 5.10.00.0000062
10 4			5.10.00.00000 64	porada zachowawcza w leczeniu wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		74,16		x	diagnostyka RTG, pobranie miary/korekta ortez; nie można sumować ze świadczeniami nr: 5.10.00.0000058, 5.10.00.0000059, 5.10.00.0000060,

										5.10.00.0000061, 5.10.00.0000062
10 5			5.10.00.00001 57	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawn ości.	punkt	15	15,00		x	- za osobodzień; - do rozliczania z produktami : 5.10.00.0000058, 5.10.00.0000059, 5.10.00.0000060, 5.10.00.0000061; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz.1128).

10 6	11.0000.049. 02	leczenie spastyczności opornej na leczenie farmakologicz ne z zastosowanie m pompy baklofenowej	5.10.00.00000 67	pompa baklofenowa	punkt		1			x	koszt zakupu kompletnego zestawu pompy baklofenowej - zgodny z wynikiem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego
10 7			5.10.00.00000 68	cewnik do pompy baklofenowej	punkt		1			x	- koszt cewnika wraz z osprzętem wg faktury zakupu; - rozliczenie wyłącznie w przypadku wymiany
10 8			5.10.00.00000 69	założenie / wymiana / usunięcie pompy baklofenowej	punkt		3 360,89			x	-wymiana nie wcześniej niż przed upływem okresu gwarancji; - nie obejmuje kosztu pompy baklofenowej i baklofenu
10 9			5.10.00.00000 70	wymiana cewnika z przestrzeni nadtwardówkow ej, podpajęczynówk owej lub podtwardówkow ej rdzenia	punkt		1 680,96			x	nie obejmuje kosztu cewnika do pompy baklofenowej i baklofenu
11 0			5.10.00.00000 71	hospitalizacja związana z uzupełnieniem pompy baklofenowej	punkt		532,51			x	nie obejmuje kosztu baklofenu
11 1			5.10.00.00000 72	test baklofenowy	punkt		632,00			x	obejmuje wszystkie koszty, w tym koszt baklofenu
11 2			5.10.00.00000 73	baklofen	punkt		747,00			x	za jedną ampulkę zawierającą 10 mg baklofenu

11 3			5.10.00.00001 57	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.	punkt	15	15,00		x	- za osobodzeń; - do rozliczania z produktami : 5.10.00.0000069, 5.10.00.0000070, 5.10.00.0000071, 5.10.00.0000072; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz.1128).	
11 4	11.0000.050. 12	Teleradioterapia protonowa	5.10.00.00000 76	teleradioterapia hadronowa wiązką protonów	świadczenie		1		x	x	- za cały proces leczenia, - dotyczy świadczenia gwarantowanego "Terapia protonowa

											nowotworów oka", określonego w zał. nr 4 do rozporządzenia szpitalnego
11 5			5.10.00.00001 57	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.	punkt	15	15,00			x	<ul style="list-style-type: none"> <li>- za osobodzień;</li> <li>- do rozliczania z produktem 5.10.00.0000076;</li> <li>- do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia;</li> <li>- w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia;</li> <li>- rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz.1128).</li> </ul>
11 6	11.0000.950. 12	Teleradioterapia protonowa - pakiet	5.10.00.00000 76	teleradioterapia hadronowa wiązką	świadczenie		1		x	x	<ul style="list-style-type: none"> <li>- za cały proces leczenia;</li> <li>- dotyczy świadczenia gwarantowanego</li> </ul>

		onkologiczny		protonów							"Terapia protonowa nowotworów oka", określonego w zał. nr 4 do rozporządzenia szpitalnego
11 7			5.10.00.00001 57	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.	punkt	15	15,00			x	- za osobodzień; - do rozliczania z produktem 5.10.00.0000076; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz.1128).

11 8	11.0000.051. 02	Domowa antybiotykoter apia dożylna	5.10.00.00000 74	podanie antybiotyku dożylnie lub we wlewie	punkt		35,02	x		dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; obejmuje także koszt: - sprzętu i środków opatrunkowych, - przygotowania pacjenta i opiekunów
11 9			5.10.00.00000 75	wizyta kontrolna po zakończeniu terapii	punkt		177,16		x	obejmuje także koszt: - zapewnienia kontaktu telefonicznego, - badań wymienionych w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20 część "Pozostałe wymagania" pkt 1 ppkt 7).
12 0			5.10.00.00002 20	Antybiotyk podawany dożylnie (z listy antybiotyków wymienionej w załączniku nr 18)	punkt		1	x		dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
12 1	11.9000.001. 02	Kompleksowe leczenie ran przewlekłych (KLRP-1)	5.10.00.00000 77	KLRP-1 etap I	punkt		825,03		x	ryczałt (średnio 4 wizyty w ciągu 4 tygodni).
12 2			5.10.00.00000 78	KLRP-1 etap I z transportem	punkt		1 402,86		x	ryczałt (średnio 4 wizyty w ciągu 4 tygodni).
12 3			5.10.00.00000 79	KLRP-1 etap IIa	punkt		701,43		x	ryczałt (średnio 8 wizyt w ciągu 12 tygodni)
12 4			5.10.00.00000 80	KLRP-1 etap IIa z transportem	punkt		1 193,77		x	ryczałt (średnio 8 wizyt w ciągu 12 tygodni)



12 5			5.10.00.00000 81	KLRP-1 etap IIb kategoria I	punkt		9 625,35		x	leczenie w oddziale - dotyczy głównie operacyjnego leczenia odleżyn, owrzodzeń popromiennych i przewlekłych ran pourazowych . konieczne wykonanie co najmniej jednej z procedur ICD 9: 83.82, 86.71, 86.72, 86.73, 86.741, 86.742, 86.743, 86.744, 86.745, 86.746, 86.751, 86.79
12 6			5.10.00.00000 82	KLRP-1 etap IIb kategoria II	punkt		5 501,23		x	leczenie w oddziale - dotyczy operacji owrzodzeń o etiologii naczyniowej, stóp cukrzycowych, owrzodzeń powstałych w przebiegu bakteryjnego zapalenia skóry i tkanki podskórnej, łączy się z leczeniem opatrunkami z miejscowym podciśnieniem konieczne wykonanie co najmniej jednej z procedur ICD 9: 77.87, 77.88, 77.891, 77.892, 80.97, 80.98, 84.119, 84.129, 84.31, 84.32, 84.33, 86.221, 86.222, 86.223, 86.601, 86.602, 86.603, 86.609, 86.65, 86.71, 86.72, 86.73, 86.741, 86.742, 86.743, 86.744, 86.745, 86.746, 86.751, 86.752, 86.79, 86.89

12 7			5.10.00.00000 83	KLRP-1 etap IIb kategoria III	punkt		6 954,56		x	leczenie w oddziale - dotyczy operacji owrzodzeń o etiologii żylnej z operacją układu żylnego przeprowadzoną w czasie tej samej hospitalizacji konieczne wykonanie co najmniej jednej z procedur ICD 9: 86.221, 86.222, 86.223, 86.601, 86.602, 86.603, 86.609, 86.65 oraz co najmniej dwóch z procedur ICD 9: 38.50, 38.591, 38.592, 38.593, 38.594, 38.595, 38.596, 38.691, 38.692, 38.693, 38.694, 38.695, 38.696
12 8			5.10.00.00000 84	KLRP-1 etap IIb kategoria IV	punkt		2 941,68		x	leczenie w oddziale - dotyczy operacji owrzodzeń o etiologii naczyniowej, stóp cukrzycowych, owrzodzeń powstałych w przebiegu bakteryjnego zapalenia skóry i tkanki podskórnej oraz leczenia opatrunkami z miejscowym podciśnieniem stosowane jako przygotowanie do zamknięcia rany, lub leczenie operacyjne w innym oddziale (finansowane na zasadach ogólnych – nie w ramach produktu). konieczne wykonanie co

									najmniej jednej z procedur ICD 9: 80.88, 86.04, 86.221, 86.222, 86.229, 86.609, 86.89
12 9		5.10.00.00000 85	KLRP-1 etap III	punkt		295,61		x	ryczałt (średnio 4 wizyty w ciągu 8 tygodni):
13 0		5.10.00.00000 86	KLRP-1 etap III z transportem	punkt		504,70		x	ryczałt (średnio 4 wizyty w ciągu 8 tygodni):
13 1		5.10.00.00000 87	KLRP-1 etap IV	punkt		307,97		x	ryczałt (wizyta kontrolna – po 3 miesiącach od zagojenia rany), obejmuje też: ewaluację wyników prowadzonej edukacji oraz ewaluację realizacji planu leczenia.
13 2		5.10.00.00000 88	KLRP-1 etap IV z transportem	punkt		529,42		x	ryczałt (wizyta kontrolna – po 3 miesiącach od zagojenia rany), obejmuje też: ewaluację wyników prowadzonej edukacji oraz ewaluację realizacji planu leczenia.
13 3		5.10.00.00000 89	KLRP-1 etap IV bez zagojenia rany	punkt		221,45		x	ryczałt (wizyta kontrolna – po 3 miesiącach od zagojenia rany), obejmuje też: ewaluację wyników prowadzonej edukacji oraz ewaluację realizacji planu leczenia. W przypadku braku zagojenia rany (konieczna dokumentacja fotograficzna, ocena planimetryczna i/lub ocena głębokości rany)
13 4		5.10.00.00000 90	KLRP-1 etap IV bez zagojenia rany, z transportem	punkt		381,10		x	ryczałt (wizyta kontrolna – po 3 miesiącach od zagojenia rany), obejmuje też: ewaluację

										wyników prowadzonej edukacji oraz ewaluację realizacji planu leczenia. W przypadku braku zagojenia rany (konieczna dokumentacja fotograficzna, ocena planimetryczna i/lub ocena głębokości rany)
13 5			5.10.00.00001 57	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.	punkt	15	15,00		x	<ul style="list-style-type: none"> <li>- za osobodzień;</li> <li>- do rozliczania z produktami: 5.10.00.0000081, 5.10.00.0000082, 5.10.00.0000083, 5.10.00.0000084;</li> <li>- do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia;</li> <li>- w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia;</li> <li>- rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r.</li> </ul>

											o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz.1128).
13 6	11.1450.400. 02	Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży - KOC I (KOC I)	5.10.00.00001 43	ryczałt KOC I - od I trymestru ciąży	punkt		6 269	x	x	x	obejmuje opiekę, zgodnie z opisem KOC I, rozpoczętą przed końcem 14 tygodnia ciąży
13 7			5.10.00.00001 44	ryczałt KOC I - od 15 tygodnia ciąży	punkt		5 758	x	x	x	obejmuje opiekę, zgodnie z opisem KOC I, rozpoczętą od 15 tygodnia ciąży
13 8			5.10.00.00001 45	ryczałt KOC I - od 33 tygodnia ciąży	punkt		5 296	x	x	x	obejmuje opiekę, zgodnie z opisem KOC I, rozpoczętą od 33 tygodnia ciąży
13 9			5.10.00.00001 46	ryczałt KOC I, w przypadku prowadzenia ciąży przez położną	punkt		4 878		x	x	rozliczany łącznie z produktem o kodzie: 5.10.00.0000147 "ryczałt KOC I - prowadzenie ciąży przez położną", w przypadku gdy ciążę prowadziła położna KOC I i poród odbył się u koordynatora
14 0			5.10.00.00001 47	ryczałt KOC I - prowadzenie ciąży przez położną	punkt		1 391	x	x		do łącznego rozliczania z produktem o kodzie: 5.10.00.0000146 "ryczałt KOC I, w przypadku prowadzenia ciąży przez położną". Obejmuje prowadzenie ciąży fizjologicznej przez położną KOC I zgodnie ze schematem wynikającym z

										rozporządzenia o opiece okołoporodowej
14 1			5.10.00.00001 14	(N22KOC) Noworodek wymagający intensywnej terapii	punkt		23 001		x	- produkt dedykowany dla II poziomu opieki neonatologicznej, - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, - obejmuje opiekę nad noworodkiem wymagającym intensywnej terapii, - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobięcego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983.

14 2			5.10.00.00002 19	(N22AKOC) Noworodek wymagający intensywnego monitorowania i specjalistycznej opieki	punkt		11 298			x	<ul style="list-style-type: none"> <li>- produkt dedykowany dla II poziomu opieki neonatologicznej,</li> <li>- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,</li> <li>- obejmuje opiekę nad noworodkiem wymagającym intensywnej terapii (m.in. noworodkiem ze skrajnie niską urodzeniową masą ciała, wrodzonymi wadami rozwojowymi, wodogłowie),</li> <li>- w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobięcego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983</li> </ul>
14 3			5.10.00.00001 15	(N23KOC) Noworodek	punkt		27 738			x	<ul style="list-style-type: none"> <li>- produkt dedykowany dla II poziomu opieki</li> </ul>

			wymagający rozszerzonej diagnostyki							neonatologicznej, - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, - obejmuje opiekę nad noworodkiem wymagającym intensywnej opieki, - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobiecego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983
14 4		5.10.00.00001 16	(N24KOC) Noworodek wymagający szczególnej opieki	punkt		5 456			x	- produkt dedykowany dla II poziomu opieki neonatologicznej, - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ



										<p>w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- produkt dedykowany dzieciom urodzonym w innym ośrodku,</li> <li>- nie można sumować z ryczałtem KOC I,</li> <li>- możliwość rozliczania hospitalizacji dziecka w wieku powyżej 6 tygodnia życia urodzonego u koordynatora,</li> <li>- w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobięcego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983.</li> </ul>
14 5			5.10.00.00001 17	(N25KOC) Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru	punkt		2 468		x	<ul style="list-style-type: none"> <li>- produkt dedykowany dla II poziomu opieki neonatologicznej,</li> <li>- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia</li> </ul>

									warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, - produkt dedykowany dzieciom urodzonym w innym ośrodku, - nie można sumować z ryczałtem KOC I, - możliwość rozliczania hospitalizacji dziecka w wieku powyżej 6 tygodnia życia urodzonego u koordynatora, - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobięcego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983.
14 6		5.10.00.00001 48	hospitalizacja przed przekazaniem do ośrodka o wyższym poziomie referencyjnym (KOC I)	punkt		668		x	rozliczanie wyłącznie w przypadku przeniesienia pacjentki do ośrodka wyższego poziomu referencyjnego, w sytuacji kiedy poród nie odbył się u koordynatora
14 7		5.10.00.00001 49	wizyta patronażowa położnej (KOC I)	punkt		28	x		rozliczanie wyłącznie w przypadku wizyt patronażowych położnej KOC I; nie więcej niż 6

										wizyt w ciągu 2 miesięcy
14 8			5.10.00.00001 57	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.	punkt	15	15		x	- za osobodzień; - do rozliczania z produktami: 5.10.00.0000143, 5.10.00.0000144, 5.10.00.0000145, 5.10.00.0000146, 5.10.00.0000114, 5.10.00.0000115, 5.10.00.0000116, 5.10.00.0000117, 5.10.00.0000148, 5.10.00.0000219; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy

										o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz.1128).
14 9	11.9000.002. 02	Kompleksowe leczenie ran przewlekłych 2 (KLRP-2)	5.10.00.00001 58	KLRP-2 kwalifikacja	punkt		613,84		x	obejmuje wizytę pielęgniarską i lekarską , (w tym badania) zgodnie z opisem KLRP-2;
15 0			5.10.00.00001 59	KLRP-2 etap I A	punkt		761,14	x	x	- ryczałt obejmuje 5 wizyt: 4 pielęgniarskie oraz 1 wizytę kontrolną lekarską zgodnie z opisem KLRP-2; - w przypadku wizyt środowiskowych stosuje się mnożnik 1,1
15 1			5.10.00.00001 60	KLRP-2 etap I B	punkt		620,19	x	x	- ryczałt obejmuje 4 wizyty 3 pielęgniarskie oraz 1 wizytę kontrolną lekarską, zgodnie z opisem KLRP-2; - w przypadku wizyt środowiskowych stosuje się mnożnik 1,1
15 2			5.10.00.00001 61	KLRP-2 etap I C	punkt		761,14	x	x	- ryczałt obejmuje 5 wizyt: 4 pielęgniarskie oraz 1 wizytę kontrolną lekarską, zgodnie z opisem KLRP-2; - w przypadku wizyt środowiskowych stosuje się mnożnik 1,1
15 3			5.10.00.00001 62	KLRP-2 etap I D	punkt		850,00		x	zgodnie z opisem KLRP-2
15 4			5.10.00.00001 63	KLRP-2 etap II A	punkt		5 600,00		x	leczenie w oddziale szpitalnym - obejmuje chirurgiczne operacyjne oczyszczenie rany,

									miejscową terapię podciśnieniem, przeszczep allogeniczny skóry lub owodni, zgodnie z opisem KLRP-2; przewidywany czas pobytu do 7 dni
15 5		5.10.00.00001 64	KLRP-2 etap II B	punkt		8 600,00		x	leczenie w oddziale szpitalnym - obejmuje kompleksowe leczenie chirurgiczne (operacyjne oczyszczenie i przeszczep) zgodnie z opisem KLRP-2; przewidywany czas pobytu minimum 10 dni
15 6		5.10.00.00001 65	KLRP-2 etap III	punkt		90,00	x	x	- za 1 wizytę zgodnie z opisem KLRP-2 - można rozliczyć do 5 wizyt; - w przypadku wizyt środowiskowych stosuje się mnożnik 1,1
15 7		5.10.00.00001 66	koszt transportu					x	- koszt transportu sanitarnego rozliczany zgodnie z zasadami określonymi w zarządzeniu poz; - rozliczanie maksymalnie do 5 transportów
15 8		5.10.00.00001 67	KLRP-2 etap IV - wizyta ewaluacyjna typu A	punkt		3 000,00		x	- zamknięcie rany 100% potwierdzone zdjęciem i oceną planimetryczną;
15 9		5.10.00.00001 68	KLRP-2 etap IV - wizyta ewaluacyjna typu B	punkt		2 000,00		x	- zamknięcie rany powyżej 60 % powierzchni, potwierdzone zdjęciem i oceną planimetryczną;

										- nie można rozliczać łącznie z wizytą ewaluacyjną typu A
160			5.10.00.0000157	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.	punkt		15,00		x	<ul style="list-style-type: none"> <li>- za osobodzeń;</li> <li>- do rozliczania z produktem: 5.10.00.0000163, 5.10.00.0000164;</li> <li>- do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia;</li> <li>- w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia;</li> <li>- rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz.1128).</li> </ul>
161	11.1100.011.02	Nadzór telemetryczny nad	5.10.00.0000223	wydanie wyrobu medycznego do telemetrycznego	punkt		2514,48			zgodnie z zasadami określonymi w lp. 35 załącznika nr 5 do

		pacjentami z implantowanymi urządzeniami wszczepialnymi		nadzoru nad pacjentem z implantowanym urządzeniem wszczepialnym						rozporządzenia
16 2			5.10.00.00002 24	porada edukacyjna związana z włączeniem pacjenta do systemu nadzoru telemetrycznego	punkt		48,27			- za poradę obejmującą edukację pacjenta/rodziny/opiekuna umożliwiającą właściwe korzystanie z systemu nadzoru telemetrycznego; - zgodnie z opisem określonym w lp. 35 załącznika nr 5 do rozporządzenia; - do jednokrotnego rozliczenia łącznie z produktem 5.10.00.0000223.
16 3			5.10.00.00002 25	prowadzenie telemetrycznego nadzoru nad pacjentem z implantowanym urządzeniem wszczepialnym przez 1 miesiąc	punkt		112,47			za 1 miesiąc nadzoru, prowadzonego w sposób określony w lp. 35 załącznika nr 5 do rozporządzenia

#### Warunki rozliczenia produktów rozliczeniowych

#### N Położnictwo i opieka nad noworodkami - KOC I

##### N22KOC Noworodek wymagający intensywnej terapii

*na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,*

##### N22AKOC Noworodek wymagający intensywnego monitorowania i specjalistycznej opieki

*na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,*

##### N23KOC Noworodek wymagający rozszerzonej diagnostyki

<i>na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,</i>
<b>N24KOC</b> Noworodek wymagający szczególnej opieki
<i>na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,</i>
<b>N25KOC</b> Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru
<i>na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,</i>



Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 10/2025/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 3 lutego 2025 r.

**Warunki realizacji umów w rodzaju: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie**

<b>1. DIALIZA OTRZEWNOWA</b>	
<b>1.1 WARUNKI WYMAGANE</b>	Załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 1
<b>2. HEMODIALIZOTERAPIA</b>	
<b>2.1 WARUNKI WYMAGANE</b>	Dla świadczenia 5.10.00.0000091 - załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 2 (spełnienie wymagań w części dotyczącej: 1) personelu – w zakresie lit. A, 2) wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną 3) pozostałych wymagań – z wyłączeniem pkt 1 Dla świadczenia 5.10.00.0000153 - załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 22
<b>2a. HEMODIALIZOTERAPIA - z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru</b>	
<b>2.1 WARUNKI WYMAGANE</b>	Dla świadczenia 5.10.00.0000092 - załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 2 (spełnienie wymagań w części dotyczącej:1) personelu – w zakresie lit. B, 2) wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, 3) pozostałych wymagań); Dla świadczenia 5.10.00.0000153 - załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 22
<b>3. TERAPIA HIPERBARYCZNA</b>	
<b>3.1 WARUNKI WYMAGANE</b>	Dla świadczenia 5.10.00.0000151 - załącznik nr 4 do rozporządzenia szpitalnego Lp. 17 Dla świadczenia 5.10.00.0000152 - załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 14
<b>4. TLENOTERAPIA W WARUNKACH DOMOWYCH (DLT)</b>	
<b>4.1 WARUNKI WYMAGANE</b>	Załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 3
<b>5. ŻYWIENIE POZAJELITOWE W WARUNKACH DOMOWYCH</b>	
<b>5.1 WARUNKI WYMAGANE</b>	Załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 4
<b>6. ŻYWIENIE DOJELITOWE W WARUNKACH DOMOWYCH</b>	

<b>6.1 WARUNKI WYMAGANE</b>	<b>Załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 5</b>
<b>7. BADANIA ZGODNOŚCI TKANKOWEJ</b>	
<b>7.1 WARUNKI WYMAGANE</b>	<b>Załącznik nr 2 do rozporządzenia cz. IX Lp. 1</b>
<b>8. BADANIA GENETYCZNE</b>	
<b>8.1 WARUNKI WYMAGANE</b>	<b>Dla świadczeń: 5.10.00.0000041, 5.10.00.0000043 - załącznik nr 2 do rozporządzenia cz. I lit. M Lp. 913-916</b> <b>Dla świadczenia 5.10.00.0000047 - załącznik nr 2 do rozporządzenia cz. I lit. M Lp. 917</b> <b>Dla świadczeń: 5.10.00.0000233, 5.10.00.0000234, 5.10.00.0000235 - załącznik nr 2 do rozporządzenia cz. I lit. M Lp. 918</b> <b>Dla świadczeń: 5.10.00.0000236 do 5.10.00.0000257 - załącznik nr 2 do rozporządzenia cz. I lit. M Lp. 919</b>
<b>9. BADANIA IZOTOPOWE</b>	
<b>9.1. WARUNKI WYMAGANE</b>	<b>Dla świadczeń: 5.10.00.0000021, 5.10.00.0000024, 5.10.00.0000025 - załącznik nr 2 do rozporządzenia cz. VII Lp. 8</b> <b>Dla świadczeń: 5.10.00.0000022, 5.10.00.0000023 - załącznik nr 2 do rozporządzenia cz. VII Lp. 6</b> <b>Dla świadczenia 5.10.00.0000049 - załącznik nr 2 do rozporządzenia cz. VII Lp. 10</b>
<b>10.TERAPIA IZOTOPOWA</b>	
<b>10.1 WARUNKI WYMAGANE</b>	<b>Załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 15</b>
<b>11. ZAOPATRZENIE PROTETYCZNE</b>	
<b>11. 1 WARUNKI WYMAGANE</b>	<b>Załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 6 - 12</b>
<b>12. BADANIE METODĄ POZYTONOWEJ TOMOGRAFII EMISYJNEJ</b>	
<b>12.1 WARUNKI WYMAGANE</b>	<b>Załącznik nr 2 do rozporządzenia cz. VII Lp. 9</b>
<b>13. LECZENIE CUKRZYCY Z ZASTOSOWANIEM POMPY INSULINOWEJ U DZIECI</b>	
<b>13.1 WARUNKI WYMAGANE</b>	<b>Załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 13</b>
<b>14. LECZENIE CUKRZYCY Z ZASTOSOWANIEM POMPY INSULINOWEJ U DOROSŁYCH</b>	
<b>14.1 WARUNKI WYMAGANE</b>	<b>Załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 13</b>

<b>15. KOMPLEKSOWE LECZENIE WRODZONEJ SZTYWNOŚCI WIELOSTAWOWEJ</b>	
<b>15.1 WARUNKI WYMAGANE</b>	1) zgodnie z rozporządzeniem szpitalnym (warunki wspólne § 4 ust. 1 pkt 1- 5 i 7, § 5) oraz z załącznikiem Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego cz. I Lp. 35; 2) zgodnie z rozporządzeniem rehabilitacyjnym - załącznik nr 1, Lp. 4, lit. a kol. 3; 3) zgodnie z rozporządzeniem - załącznik nr 1, Lp. 46.
<b>16. LECZENIE SPASTYCZNOŚCI OPORNEJ NA LECZENIE FARMAKOLOGICZNE Z ZASTOSOWANIEM POMPY BAKLOFENOWEJ</b>	
<b>16.1 WARUNKI WYMAGANE</b> - zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (§ 4 ust. 1 pkt 1-5 i 7, § 5) oraz z załącznikiem Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego: cz. I Lp. 29	
<b>16.3 WARUNKI DODATKOWO WYMAGANE</b> dla realizacji świadczenia: Wszczepienie pompy baklofenowej w leczeniu spastyczności opornej na leczenie farmakologiczne - zgodnie z załącznikiem Nr 4 do rozporządzenia szpitalnego: Lp. 26	
<b>17. TELERADIOTERAPIA PROTONOWA</b>	
<b>17.1 WARUNKI WYMAGANE</b>	1) zgodnie z rozporządzeniem szpitalnym (warunki wspólne § 4 ust. 1 pkt 1- 5 i 7, § 5) oraz z załącznikiem Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego cz.I Lp. 31; 2) zgodnie z załącznikiem Nr 4 do rozporządzenia szpitalnego - świadczenie gwarantowane "Terapia protonowa nowotworów oka".
<b>17.2 Warunki dodatkowo wymagane do realizacji świadczeń udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy - art. 136 ust. 2 ustawy o świadczeniach.</b>	
<b>17.2.1 wymagania formalne</b>	1) zapewnienie udokumentowanej koordynacji i realizacji świadczeń, zgodnie z § 4a ust. 1 rozporządzenia szpitalnego - dotyczy świadczeniodawców realizujących kompleksowe leczenie onkologiczne, posiadających umowę w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie okulistyki, albo 2) posiadanie umowy o współpracy z podmiotem koordynującym, o którym mowa w § 4a ust. 1 rozporządzenia szpitalnego.
<b>17.2.2 pozostałe warunki</b>	1) realizacja świadczeń w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego zgodnie z warunkami określonymi w § 4a rozporządzenia szpitalnego i rozporządzenia w sprawie karty DiLO; 2) rozpoznanie zasadnicze nowotworu: czerniak błony naczyniowej, wg ICD-10: C 69.3 Nowotwór złośliwy oka – naczyniówka.
<b>18. DOMOWA ANTYBIOTYKOTERAPIA DOŻYLNNA</b>	
<b>18.1 WARUNKI WYMAGANE</b>	Załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 20
<b>19. KOMPLEKSOWE LECZENIE RAN PRZEWLEKŁYCH (KLRP-1)</b>	

<b>19.1 WARUNKI WYMAGANE - zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem</b>	
	Zgodnie z załącznikiem Nr 1 do rozporządzenia: Lp. 4 (Poradnia specjalistyczna - diabetologia) lub zgodnie z załącznikiem Nr 1 do rozporządzenia: Lp. 16 (Poradnia specjalistyczna - leczenia chorób naczyń) lub zgodnie z załącznikiem Nr 1 do rozporządzenia: Lp. 36 (Poradnia specjalistyczna - chirurgia ogólna)
<b>19.2 WARUNKI WYMAGANE - zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem szpitalnym</b>	
	Zgodnie z załącznikiem Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego: cz.I Lp. 7 (Chirurgia naczyniowa) lub zgodnie z załącznikiem Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego: cz.I Lp. 8 (Chirurgia naczyniowa - drugi poziom referencyjny) lub zgodnie z załącznikiem Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego: cz.I Lp. 9 (Chirurgia ogólna) lub zgodnie z załącznikiem Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego: cz.I Lp. 11 (Chirurgia plastyczna)
<b>20. KOORDYNOWANA OPIEKA NAD KOBIETĄ W CIĄŻY - KOC I (KOC I)</b>	
<b>20.1 WARUNKI WYMAGANE - szpital - zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem szpitalnym</b>	
	1) warunki ogólne - wynikające z § 4 ust. 1 pkt 1 - 7, § 5, § 5a, § 6, § 6b, § 7 i § 9 rozporządzenia szpitalnego; 2) warunki szczegółowe - spełnienie co najmniej wymagań określonych w cz. I Lp. 37 Położnictwo i ginekologia oraz Lp. 26 neonatologia załącznika Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego.
<b>20.2 WARUNKI WYMAGANE - poradnia - zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem</b>	
	Zgodnie z załącznikiem Nr 1 do rozporządzenia Lp. 34 (Porada specjalistyczna - położnictwo i ginekologia)
<b>20.3 WARUNKI WYMAGANE - położna posiadająca kwalifikacje określone w obowiązujących przepisach prawa</b>	
<b>20.4 WARUNKI WYMAGANE do zawarcia umowy</b>	
<b>20.4.1 Wymagania formalne</b>	Posiadanie w strukturze organizacyjnej (wpis w rejestrze): 1) oddziału szpitalnego o profilu położniczo - ginekologicznym lub innym zgodnym z zakresem realizowanych świadczeń - co najmniej pierwszy poziom referencyjny; 2) poradni położniczo - ginekologicznej; - dodatkowo możliwość zapewnienia dostępności do innych poradni położniczo - ginekologicznych lub praktyk lekarskich (indywidualnych lub grupowych) na podstawie podwykonawstwa lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; 3) oddziału szpitalnego o profilu neonatologia; 4) posiadanie w strukturze organizacyjnej lub na podstawie podwykonawstwa lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych położnych zapewniających realizację zadań określonych w opisie KOC I, zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu poz, rozporządzeniu o opiece okołoporodowej oraz rozporządzeniu o opiece w ciąży patologicznej.

<b>20.4.2</b> <b>Organizacja udzielania świadczeń</b>	1) zapewnienie terminowego wykonania procedur medycznych, zgodnie z rozporządzeniem o opiece okołoporodowej, rozporządzeniem o opiece w ciąży patologicznej oraz zgodnie ze wskazaniami klinicznymi; 2) zapewnienie wykonania poszerzonego badania klinicznego noworodka przez lekarza specjalistę w dziedzinie neonatologii lub lekarza specjalistę w dziedzinie pediatrii w okresie pierwszych 12 godzin życia noworodka (zgodnie z rozporządzeniem o opiece okołoporodowej); 3) stała obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub lekarza posiadającego I stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii - w lokalizacji (zgodnie z rozporządzeniem szpitalnym); 4) możliwość wykonania znieczulenia zewnątrzoponowego - całodobowo; 5) harmonogram udzielania świadczeń w ramach opieki koordynowanej nie może ograniczać dostępności do świadczeń realizowanych w ramach innych umów; 6) całodobowa możliwość kontaktu telefonicznego dla kobiet objętych opieką koordynowaną oraz możliwość uzyskania konsultacji 24h/dobę. Rejestracja na nośniku wszystkich zgłoszeń i połączeń telefonicznych.
<b>20.4.3</b> <b>Zapewnienie realizacji badań</b>	1) badania laboratoryjne - w dostępie (zgodnie z rozporządzeniem); 2) badania ultrasonograficzne - w lokalizacji (zgodnie z rozporządzeniem).
<b>20.4.4 Pozostałe warunki</b>	Koordynacja wszystkich działań związanych z opieką w okresie ciąży, porodu, pójgu oraz opieką nad noworodkiem a następnie niemowlęciem zgodnie z opisem KOC I.
<b>21. KOMPLEKSOWE LECZENIE RAN PRZEWLEKŁYCH (KLRP-2)</b>	
<b>21.1 WARUNKI WYMAGANE - zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem oraz rozporządzeniem poz</b>	
	Zgodnie z załącznikiem Nr 1 do rozporządzenia: Lp. 4 (Poradnia specjalistyczna - diabetologia) lub zgodnie z załącznikiem Nr 1 do rozporządzenia: Lp. 16 (Poradnia specjalistyczna - leczenia chorób naczyń) lub zgodnie z załącznikiem Nr 1 do rozporządzenia: Lp. 36 (Poradnia specjalistyczna - chirurgia ogólna) lub zgodnie z załącznikiem Nr 1 do rozporządzenia poz (Porada lekarska lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) oraz zgodnie z załącznikiem Nr 2 do rozporządzenia poz (Porada pielęgniarska)
<b>21.2 WARUNKI WYMAGANE - zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem szpitalnym</b>	
	Zgodnie z załącznikiem Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego: cz.I Lp. 7 (Chirurgia naczyniowa) lub zgodnie z załącznikiem Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego: cz.I Lp. 8 (Chirurgia naczyniowa - drugi poziom referencyjny) lub zgodnie z załącznikiem Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego: cz.I Lp. 9 (Chirurgia ogólna)
<b>22. OPIEKA NAD RODZINAMI WYSOKIEGO, DZIEDZICZNIE UWARUNKOWANEGO RYZYKA ZACHOROWANIA NA RAKA PIERSI LUB RAKA JAJNIKA</b>	

<b>22.1 WARUNKI WYMAGANE - zgodnie z załącznikiem nr 5 Lp. 32 do rozporządzenia</b>
<b>23. OPIEKA NAD RODZINAMI WYSOKIEGO, DZIEDZICZNIE UWARUNKOWANEGO RYZYKA ZACHOROWANIA NA RAKA JELITA GRUBEGO LUB RAKA BŁONY ŚLUZOWEJ TRZONU MACICY</b>
<b>23.1 WARUNKI WYMAGANE - zgodnie z załącznikiem nr 5 Lp. 33 do rozporządzenia</b>
<b>24. OPIEKA NAD RODZINAMI WYSOKIEGO, DZIEDZICZNIE UWARUNKOWANEGO RYZYKA ZACHOROWANIA NA SIATKÓWCZAKA LUB CHOROBE VON HIPPEL-LINDAU (VHL)</b>
<b>24.1 WARUNKI WYMAGANE - zgodnie z załącznikiem nr 5 Lp. 34 do rozporządzenia</b>
<b>25. NADZÓR TELEMETRYCZNY NAD PACJENTAMI Z IMPLANTOWANYMI URZĄDZENIAMI WSZCZEPIALNYMI</b>
<b>25.1 WARUNKI WYMAGANE - zgodnie z załącznikiem nr 5 Lp. 35 do rozporządzenia</b>

## Uzasadnienie

Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.).

Niniejszym zarządzeniem wprowadzono zmiany wynikające z wejścia w życie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 sierpnia 2024 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. poz.1318). Zmiany te polegają na dodaniu w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie nowych produktów rozliczeniowych pozwalających na rozliczanie dwóch nowych świadczeń gwarantowanych, którymi są:

1) badanie genetyczne metodą porównawczej hybrydyzacji genomowej do mikromacierzy (aCGH – Array Comparative Genomic Hybridization);

2) analiza ekspresji genu lub kilku genów (w tym genów fuzyjnych) przy użyciu metody Real-Time PCR – ilościowa reakcja łańcuchowa polimerazy w czasie rzeczywistym (qRT-PCR – Real-Time Quantitative Polymerase Chain Reaction).

Wobec powyższego, w *Katalogu zakresów świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie*, stanowiącym załącznik nr 1 do zarządzenia, w zakresach "badania genetyczne" oraz „badania genetyczne - świadczenia diagnostyki genetycznej udzielane osobom do ukończenia 18 roku życia”, utworzone zostało 5 nowych produktów rozliczeniowych, tj.:

1) badanie genetyczne metodą porównawczej hybrydyzacji genomowej do mikromacierzy (aCGH – Array Comparative Genomic Hybridization) z równoczesną hodowlą komórkową,

2) badanie genetyczne metodą porównawczej hybrydyzacji genomowej do mikromacierzy (aCGH – Array Comparative Genomic Hybridization) z wykorzystaniem mikromacierzy o niskiej rozdzielczości (równej lub powyżej 60 tysięcy/ 60k sond),

3) badanie genetyczne metodą porównawczej hybrydyzacji genomowej do mikromacierzy (aCGH – Array Comparative Genomic Hybridization) z wykorzystaniem mikromacierzy o wysokiej rozdzielczości (równej lub powyżej 180 tysięcy/ 180k sond),

4) analiza ekspresji jednego genu (w tym genu fuzyjnego) przy użyciu metody Real-Time PCR – ilościowa reakcja łańcuchowa polimerazy w czasie rzeczywistym (qRT-PCR – Real-Time Quantitative Polymerase Chain Reaction),

5) analiza ekspresji dwóch i więcej genów (w tym genów fuzyjnych) przy użyciu metody Real-Time PCR – ilościowa reakcja łańcuchowa polimerazy w czasie rzeczywistym (qRT-PCR – Real-Time Quantitative Polymerase Chain Reaction).

Dodatkowo utworzone zostało 20 produktów statystycznych:

- Diagnostyka w kierunku rozpoznawania genów fuzyjnych BCR::ABL1 lub chromosomu Philadelphia (Ph),
- Diagnostyka w kierunku rozpoznawania genów fuzyjnych PML::RARA,
- Diagnostyka w kierunku rozpoznawania genów fuzyjnych RUNX1::RUNX1T1,
- Diagnostyka w kierunku rozpoznawania genów fuzyjnych CBFB::MYH11,
- Diagnostyka w kierunku rozpoznawania mutacji NPM1,
- Monitorowanie odpowiedzi na zastosowaną terapię oraz ocena chimeryzmu poprzesczepowego u pacjentów poddanych transplantacji allogenicznym krwiotwórczym komórkom macierzystym,
- Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje identyfikację rearanżacji genów do monitorowania PCR MRD ALL: ALL-MRD-PCR1,
- Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje identyfikację rearanżacji genów do monitorowania PCR MRD ALL: ALL-MRD-PCR2,
- Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą PCR w ALL: ALL-MRD-PCR1,

- Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą PCR w ALL: ALL-MRD- PCR2,

- Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje diagnostykę molekularną AML i oznaczenie wyjściowego poziomu badanego transkryptu do monitorowania MRD - PML::RARA,

- Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje diagnostykę molekularną AML i oznaczenie wyjściowego poziomu badanego transkryptu do monitorowania MRD - RUNX1::RUNX1T1,

- Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje diagnostykę molekularną AML i oznaczenie wyjściowego poziomu badanego transkryptu do monitorowania MRD - CBFB::MYH11,

- Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje diagnostykę molekularną AML i oznaczenie wyjściowego poziomu badanego transkryptu do monitorowania MRD - mutacja NPM1,

- Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą qRT-PCR - geny fuzyjne w AML - PML::RARA,

- Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą qRT-PCR - geny fuzyjne w AML - RUNX1:: RUNX1T1,

- Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą qRT-PCR - geny fuzyjne w AML - BFB::MYH11,

- Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą qRT-PCR w AML - mutacja NPM1,

- Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie wyjściowego poziomu badanego transkryptu BCR::ABL1 w CML,

- Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczanie MRD metodą qRT-PCR – transkrypt BCR::ABL1 w CML.

Struktura ww. produktów rozliczeniowych oraz ich wartości są zgodne z propozycjami przedstawionymi w opracowaniu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 8 listopada 2024 r. (znak: WT.543.28.2024.AT.76). Przygotowane przez AOTMiT wyceny wyrażone w złotych zostały przeliczone na wartości punktowe w katalogu zakresów świadczeń w oparciu o średnią cenę punktu wynoszącą 1,79 zł. Identyczny zestaw produktów rozliczeniowych znajduje się w obu ww. zakresach.

Ponadto, w załączniku nr 3 do zarządzenia, w którym określono *Warunki realizacji umów w rodzaju: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie*, dodano warunki dla nowych produktów rozliczeniowych.

Wprowadzenie finansowania wskazanych świadczeń będzie wiązało się ze wzrostem wydatków płatnika na poziomie około 32,3 mln zł rocznie.

Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2024 r. poz. 146, z późn. zm.) oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1194 z późn. zm.), został przedstawiony do konsultacji zewnętrznych do zaopiniowania.

W ramach konsultacji swoje uwagi przedstawiło 11 interesariuszy. Trzech z nich przekazało informację o braku uwag do projektowanych zmian. Pozostałe zgłoszone uwagi nie zostały uwzględnione, gdyż nie dotyczyły przedmiotu zmiany regulacji (uwagi te odnosiły się do warunków uregulowanych przywołanym na wstępie rozporządzeniem Ministra Zdrowia) bądź były sprzeczne z opracowaniem AOTMiT.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania, a jego przepisy stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 stycznia 2025 r.