

**ZARZĄDZENIE NR 37/2023/DSOZ
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 17 lutego 2023 r.

zmieniające zarządzenie w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561, 2674 i 2770) zarządza się, co następuje:

§ 1. W zarządzeniu Nr 3/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych (z późn. zm.¹⁾) załącznik nr 1 on otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszego zarządzenia.

§ 2. Zobowiązuje się dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia do wprowadzenia niezbędnych zmian wynikających z wejścia w życie przepisów zarządzenia, o których mowa w § 1, do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami.

§ 3. Przepisy zarządzenia stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od 1 lutego 2023 r., z wyjątkiem lp. 65-67, lp. 87-88, lp. 147-149 oraz lp. 159-161 załącznika do zarządzenia, które stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 4 stycznia 2023 r.

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

**PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Filip Nowak
Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
/dokument podpisano elektronicznie/

¹⁾ Zmienionym zarządzeniem Nr 28/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 marca 2022 r., zarządzeniem Nr 58/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2022 r., zarządzeniem Nr 95/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 lipca 2022 r. oraz zarządzeniem Nr 11/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 stycznia 2023 r.

Załącznik do zarządzenia Nr 37/2023/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 17 lutego 2023 r.

Katalog onkologicznych świadczeń kompleksowych																			
Lp.	Kod zaliczenia świadczenia	Nazwa zaliczenia świadczenia	Nazwa modułu	Kod produktu rozliczeniowego	Kod grupy	Nazwa produktu rozliczeniowego	Taryfa ustalona przez AOTMIT	Wartość punktowa	Wartość punktowa hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacja planowa	Liczba dni pobytu finansowana grupa - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacji dzień przyjęcia - dzień wypisu - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa hospitalizacji 1-dniowej - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa hospitalizacji 2-dniowej - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupa - typ umowy hospitalizacja	Świadczenia wykonywane w trybie hospitalizacji	Świadczenia wykonywane w trybie ambulatoryjnym	Świadczenia wykonywane w trybie finansowym	Uwagi dodatkowe
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Część I Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Piersi)																			
1				5.51.01.0009052	J01G	Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej*			20 076	18 470	17				353	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - nie obejmuje profilaktycznej mastektomii
2				5.51.01.0009053	J01H	Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem protezy/ ekspandera*			10 038	9 235	17				353	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - nie obejmuje profilaktycznej mastektomii
3				5.51.01.0009002	J02	Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi*			6 613	6 084	18	6 084	6 260	6 437	353	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
4				5.51.01.0009050	J03E	Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż.*			4 546	4 182		4 182	4 303	4 425		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
5				5.51.01.0009051	J03F	Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż.*			3 838	3 531		3 531	3 633	3 736		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
6				5.51.01.0009056	J03O	Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*	5 719		5 719	5 261		5 261	5 414	5 566		x			grupa do rozliczenia przez podmioty realizujące leczenie onkologiczne w sposób kompleksowy lub spełniające warunki minimalnej liczby zabiegów określone w zał. nr 19 do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
7				5.51.01.0009054	J04G	Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanki własnej*			11 219	10 321						x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
8				5.51.01.0009055	J04H	Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem protezy/ ekspandera*			5 609	5 160		5 160	5 310	5 459		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
9				5.51.01.0009005	J05	Średnia chirurgia piersi*			1 417	1 304		1 304	1 342	1 379		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
10				5.51.01.0009006	J06	Mala chirurgia piersi*			650	598		598	615	633		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
11				5.51.01.0009008	J08	Choroby piersi złośliwe			2 067	1 901	8	620	1 102	1 585	236	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
12				5.51.01.0009010	J10	Biopsja mammotomiczna*			2 362	2 173						x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
13				5.51.01.0015018	Q18	Duże zabiegi na układzie limfatycznym*			3 896	3 584		3 584	3 688	3 792		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
14				5.51.01.0015019	Q19	Średnie zabiegi na układzie limfatycznym*			2 362	2 173		2 173	2 236	2 299		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
15				5.60.01.0000001	nd	Materiał onkologiczny duży		1 321								x			- można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
16				5.60.01.0000002	nd	Materiał śródoperacyjny		431								x			- można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
17				5.60.01.0000003	nd	Konsylium lekarskie		270								x	x		- obejmuje opracowanie indywidualnego planu leczenia przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, zgodnie z § 4a ust. 1a pkt 1 lit. a rozporządzenia szpitalnego oraz koordynację procesu leczenia, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
18				5.07.01.0000011	nd	Teleradioterapia	17 468	17 468								x	x		- cały cykl leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.247 Teleradioterapia 4D brankowana (4D-IGRT) — fotony, 92.248 Teleradioterapia 4D adaptacyjna brankowana (4D-AIGRT) — fotony, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
19				5.07.01.0000012	nd	Teleradioterapia 3D z modulacją intensywności dawki	16 389	16 389								x	x		- cały cykl leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.246 Teleradioterapia 3D z modulacją intensywności dawki (3D-IMRT) — fotony, 92.292 Teleradioterapia 3D sterowana obrazem (IGRT) z modulacją intensywności dawki (3D-RotIMRT) - fotony, 92.291 Teleradioterapia 3D sterowana obrazem (IGRT) realizowana w oparciu o implanty wewnętrzne - fotony, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita

20	5.07.01.0000013	nd	Teleradioterapia 3D - niekoplanarna z monitoringiem tomograficznym (3D-CRT)	14 899	14 899												x	x	- cały cykl leczenia, - monitoring tomograficzny co najmniej dwukrotnie w trakcie naświetlania, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.242 Teleradioterapia 3D konformalna sterowana obrazem (IGRT) — fotony, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 — Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia — dawka całkowita
21	5.07.01.0000014	nd	Teleradioterapia 3D śródoperacyjna (3D-IORT)		6 114												x	x	- cały cykl leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.31 Śródoperacyjna teleradioterapia konformalna 3D (3D-IORT-0), 92.32 Śródoperacyjna teleradioterapia konformalna 3D (3D-IORT-x)
22	5.07.01.0000023	nd	Teleradioterapia radykalna z planowaniem trójwymiarowym (3D)		11 560												x	x	- cały cykl leczenia; - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b; - obejmuje co najmniej jedną procedurę: 92.241 Teleradioterapia radykalna z planowaniem 3D — fotony, 92.251 Teleradioterapia radykalna z planowaniem 3D — elektrony, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 — Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia — dawka całkowita
23	5.07.01.0000059	nd	Teleradioterapia paliatywna proces leczenia 1 frakcją	2 812	2 812												x	x	- cały cykl leczenia, - warunki określone w zał. Nr 3a, - obejmuje procedury: 92.223 Teleradioterapia paliatywna — promieniowanie X, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 — Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia — dawka całkowita
24	5.07.01.0000060	nd	Teleradioterapia paliatywna frakcjonowana	3 551	3 551												x	x	- cały cykl leczenia, - warunki określone w zał. Nr 3a, - obejmuje procedury: 92.223 Teleradioterapia paliatywna — promieniowanie X, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 — Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia — dawka całkowita
25	5.07.01.0000061	nd	Brachyterapia 3D "real time"	15 316	15 316												x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.414 Brachyterapia śródtkankowa - planowanie 3D pod kontrolą obrazowania, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 — Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia — dawka całkowita
26	5.07.01.0000063	nd	Brachyterapia śródtkankowa w oparciu o planowanie 3D - aplikacje jednorazowe z podaniem wielu frakcji	13 001	13 001												x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.413 Brachyterapia śródtkankowa - planowanie 3D, - ICD-10 (w rozumieniu pierwotnym): C50 - Nowotwór złośliwy piersi, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 — Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia — dawka całkowita
27	5.07.01.0000064	nd	Brachyterapia śródtkankowa w oparciu o planowanie 3d (boost)	7 739	7 739												x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.413 Brachyterapia śródtkankowa - planowanie 3D, - ICD-10 (w rozumieniu pierwotnym): C50 - Nowotwór złośliwy piersi, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 — Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia — dawka całkowita
28	5.07.01.0000065	nd	Brachyterapia powierzchniowa oparta na planowaniu 3D	9 511	9 511												x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.452 Brachyterapia powierzchniowa - planowanie 3D, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 — Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia — dawka całkowita
29	5.07.01.0000067	nd	Brachyterapia śródoperacyjna	9 557	9 557												x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.46 Brachyterapia śródoperacyjna, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 — Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia — dawka całkowita
30	5.07.01.0000048	nd	Zakwaterowanie do teleradioterapii / protonoterapii	162	162													x	- za osobdzień, - obejmuje zapewnienie transportu w przypadku zakwaterowania świadczeniobiorcy poza podmiotem działalności leczniczej
31	5.07.01.0000070	nd	Zakwaterowanie do brachyterapii	162	162													x	- za osobdzień, - obejmuje zapewnienie transportu w przypadku zakwaterowania świadczeniobiorcy poza podmiotem działalności leczniczej
32	5.07.01.0000071	nd	Powtórne planowanie	0	0														- do sprawozdania w sytuacji stwierdzenia zmian topograficznych guza lub gdy ze względu na ubytek masy ciała zachodzi konieczność przygotowania więcej niż jednego planu leczenia, - możliwość sumowania ze świadczeniem bazowym zw. z naświetlaniem
33	5.52.01.0001423	nd	Wytworzenie stałego dostępu naczyniowego z wytworzeniem tunelu podskórnego przeznaczonego do użytku długoterminowego z hospitalizacją		1 352												x		- obejmuje koszt wyrobu medycznego (koszt cewnika tunelizowanego typu Broviack, Hickman, Groshong lub Leonard, - nie podlega rozliczeniu użycie cewnika centralnego typu Certifix, Cavafix.
34	5.52.01.0001440	nd	Hospitalizacja do teleradioterapii / terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku > 17 r.z.	352	352												x		- za osobdzień, - do rozliczenia wyłącznie w dniach związanych z planowaniem i leczeniem radioterapii
35	5.52.01.0001468	nd	Teleradioterapia/ brachyterapia i terapia izotopowa / terapia protonowa nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku - w trybie ambulatoryjnym		0														
36	5.52.01.0001499	nd	Hospitalizacja do teleradioterapii / terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku < 18 r.z. - w oddziale onkologii i hematologii dziecięcej	545	545												x		- za osobdzień, - do rozliczenia wyłącznie w dniach związanych z planowaniem radioterapii lub leczeniem radioterapii
37	5.52.01.0001504	nd	Hospitalizacja do chemioradioterapii > 18 r.z.	469	469												x		- za osobdzień, - do rozliczenia w dniach związanych z leczeniem skojarzonym nowotworów - zastosowanie u pacjenta podczas jednoczasowej chemioterapii i radioterapii u tego samego świadczeniodawcy, kiedy między pierwszym a ostatnim dniem hospitalizacji do radioterapii nastąpi podanie substancji czynnej w określonych dniach z zachowaniem przerwy terapeutycznych zależnych od schematu leczenia, - można sumować z produktami radioterapii oraz z produktami z zał. 1c, 1m i 1n

38	03.42.01.00.02	Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (NON-Piers)	5.52.01.0001511	nd	Badanie genetyczne materiału archiwalnego		0										x	- do rozliczenia wyłącznie z produktem: 5.53.01.0005001 lub 5.53.01.0005002 lub 5.53.01.0005003, w sytuacji konieczności modyfikacji ustalonego planu leczenia, - konieczność sprawozdania pierwotnej daty pobrania materiału do badań, - realizowane w trybie ambulatoryjnym, - zgodnie z § 26 pkt 21 zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne			
39			5.52.01.0001554	nd	Hospitalizacja do brachyterapii	399	399										x	- za osobdzień, - do rozliczenia wyłącznie w dniach związanych z planowaniem lub leczeniem radioterapią lub leczeniem skutków ubocznych radioterapii lub diagnostyką związaną z leczeniem radioterapią			
40			5.52.01.0001555	nd	Hospitalizacja jednodniowa do brachyterapii	199	199										x	do rozliczenia również w sytuacji, w której obecność pacjenta jest niezbędna w procesie planowania			
41			5.52.01.0001556	nd	Hospitalizacja jednodniowa do teleradioterapii	176	176											x	do rozliczenia również w sytuacji, w której obecność pacjenta jest niezbędna w procesie planowania		
42			5.52.01.0001566	nd	Usunięcie stałego dostępu naczyniowego z wytworzonym tunelem podskórnym przeznaczonego do użytku długoterminowego z hospitalizacją		1 139											x			
43			5.52.01.0000035	nd	Implantacja portu naczyniowego z hospitalizacją		2 974												x	- obejmuje koszt wyrobu medycznego (portu), - wymagane wskazanie procedury 86.07 oraz rozpoznania zasadniczego wskazującego na przyczynę udzielenia świadczenia	
44			5.52.01.0000036	nd	Usunięcie portu naczyniowego z hospitalizacją		1 592												x		
45			5.52.01.0001537	nd	Hospitalizacja świadczeniobiorcy onkologicznego świadczenia kompleksowego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.		0												x		
46			5.60.01.0000014	nd	opieka psychologiczna - moduł leczenie		74												x	x	- możliwość sumowania z produktem rozliczeniowym z modułu leczenie, związanym z rozliczeniem kosztów hospitalizacji
47			5.11.02.9200001	ROKO	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach stacjonarnych		220												x		- zgodnie z kryteriami kwalifikacji określonymi w rozporządzeniu rehabilitacyjnym, - czas realizacji świadczenia ustalany indywidualnie przez lekarza, - realizacja obejmuje cykl 10 dni zabiegowych lub 20 dni zabiegowych (jednorazowo), - można sumować z produktem 5.53.01.0001649 z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
48	5.11.02.9200002	nd	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w oddziale dziennym		88													x	zakres świadczeń obejmuje procedury ICD-9: 93.1139, 93.12, 93.1202, 93.1204, 93.1205, 93.1304, 93.1305, 93.1401, 93.1812, 93.1903, 93.1907, 93.1909, 93.3801, 93.3808, 93.3812, 93.3816, 93.3818, 93.3821, 93.3827, 93.3831, 93.3912, 93.3916, 93.3918, 93.3987, 93.3999		
49	5.11.00.0000008	nd	Porada lekarska rehabilitacyjna w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych		30													x	świadczenie rozliczane zgodnie z warunkami określonymi w zarządzeniu REH		
50	5.11.00.0000009	nd	Porada lekarska rehabilitacyjna kompleksowa w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych		66													x	obejmuje co najmniej 1 procedurę diagnostyczną obrazową ICD-9: 04.14, 04.19, 87.22-87.29, 87.431, 87.433, 88.11, 88.21-24, 88.26-29, 88.33, 88.37, 88.793-798, 88.981, 88.983, lub co najmniej 2 procedury diagnostyczne laboratoryjne ICD-9: A01, A19, C53, C59, G49, I81, I11, L69, M18, M45, O75, O77, O87, O89, O91, S21, S23, S27, S29, S31, 91.831		
51	5.11.00.0000010	nd	Wizyta fizjoterapeutyczna w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych		26,35													x	świadczenie rozliczane zgodnie z warunkami określonymi w zarządzeniu REH		
52	5.11.00.0000011	nd	indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody redukcji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie mniej niż 30 min. w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych		36,49													x	- konieczność przekazania w raporcie statystycznym kodów ICD-9 odpowiednich do realizacji świadczeń, - świadczeniobiorcy przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów fizjoterapeutycznych dziennie, zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu REH, możliwych do rozliczenia za pomocą produktów rozliczeniowych o kodach 5.11.00.0000011, 5.11.00.0000012, 5.11.00.0000013		
53	5.11.00.0000012	nd	masaż suchy - częściowy - minimum 20 minut na jednego pacjenta, w tym min. 15 minut czynnego masażu, masaż limfatyczny ręczny, masaż podwodny w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych		18,25													x	- konieczność przekazania w raporcie statystycznym kodów ICD-9 odpowiednich do realizacji świadczeń, - realizacja obejmuje 20 min. na jednego pacjenta, w tym 15 min. czynnego masażu, - możliwość rozliczenia kosztu produktu (max. 60 min. czynnego masażu na jednego pacjenta), - świadczeniobiorcy przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów fizjoterapeutycznych dziennie, zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu REH, możliwych do rozliczenia za pomocą produktów rozliczeniowych o kodach 5.11.00.0000011, 5.11.00.0000012, 5.11.00.0000013		
54	5.11.00.0000013	nd	pozostałe zabiegi fizjoterapeutyczne w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych		8,55													x	- konieczność przekazania w raporcie statystycznym kodów ICD-9 odpowiednich do realizacji świadczeń, - świadczeniobiorcy przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów fizjoterapeutycznych dziennie, zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu REH, możliwych do rozliczenia za pomocą produktów rozliczeniowych o kodach 5.11.00.0000011, 5.11.00.0000012, 5.11.00.0000013		
55	5.11.01.0000077	nd	Zywnienie dojelitowe w rehabilitacji		108														za każdy dzień żywienia		
56	5.11.01.0000080	nd	Kompletne żywienie pozajelitowe w rehabilitacji		216														za każdy dzień żywienia		
57	03.42.01.00.03	Opieka piersi	5.32.00.0000020	nd	Diagnostyka wstępna - nowotwory piersi	369	369											x	świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna		
58			5.33.00.0000014	nd	Diagnostyka pogłębiona - nowotwory piersi	417	417												x	świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna	
59			5.60.01.0000004	nd	biopsja gruboigłowa (oligobiopsja) - badanie materiału z piersi (guzy), węzeł chłonny		559												x	- obejmuje ocenę pobranego materiału oraz barwienia HC oraz iHC, - do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej albo pogłębionej	
60			5.31.00.0000022	Z22	Z22 Świadczenia zabiegowe - grupa 22		2309													x	- świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, - do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej albo pogłębionej, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady
61			5.60.01.0000005	nd	opieka psychologiczna - moduł diagnostyka		160													x	- obejmuje pełną opiekę psychologiczną w ramach modułu diagnostycznego, - produkt rozliczany jest tylko raz w stosunku do danego świadczeniobiorcy
62			5.03.00.0000126	nd	MR badanie piersi		773													x	w ramach modułu diagnostyka nowotworu piersi: do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej albo pogłębionej, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady
63			5.10.00.0000103	nd	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy I	226,22	2 795													x	- z zastosowaniem radiofarmaceutyku 18F-NaF, - w ramach modułu diagnostyka nowotworu piersi: do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej albo pogłębionej, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady

64	Moduł diagnostyka nowotworów	5.31.00.0000100	Z100	Z100 Świadczenia zabiegowe - grupa 100		41										x	x	rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie procedur ICD-9 właściwych dla onkologicznych świadczeń kompleksowych.
65		5.05.00.0000106	nd	Znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 1		172										x		- świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: badania tomografii komputerowej (TK) w ramach pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębianej, - kryteria kwalifikacji do świadczeń tomografii komputerowej (TK) w znieczuleniu: 1) wiek do 12 roku życia włącznie lub 2) wiek do 18 roku życia oraz rozpoznanie według klasyfikacji ICD-10: F90, R44, lub 3) nasilony przebieg zaburzeń lękowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD 10: F40 - F41, lub 4) brak współpracy pacjenta z personelem medycznym z powodu nasilenia objawów w przebiegu zaburzeń psychicznych lub rozwojowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD-10: F00 - F07, F20 - F25, F28 - F31, F71 - F73, F84, lub 5) zaburzenia ruchowe o nasileniu uniemożliwiającym przeprowadzenie badania (drżenia typu pływawczego lub parkinsonowskiego), - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12
66		5.05.00.0000107	nd	Znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 2		270										x		- świadczenie do sumowania z produktem rozliczeniowym: 5.03.00.0000126, - świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: badania rezonansu magnetycznego (MR) w ramach pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębianej, - kryteria kwalifikacji do świadczeń rezonansu magnetycznego (MR) w znieczuleniu: 1) wiek do 12 roku życia włącznie lub 2) wiek do 18 roku życia oraz rozpoznanie według klasyfikacji ICD-10: F90, R44, lub 3) nasilony przebieg zaburzeń lękowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD 10: F40 - F41, lub 4) brak współpracy pacjenta z personelem medycznym z powodu nasilenia objawów w przebiegu zaburzeń psychicznych lub rozwojowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD-10: F00 - F07, F20 - F25, F28 - F31, F71 - F73, F84, lub 5) zaburzenia ruchowe o nasileniu uniemożliwiającym przeprowadzenie badania (drżenia typu pływawczego lub parkinsonowskiego) - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12
67		5.05.00.0000105	nd	Konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego		75										x		- świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: badania tomografii komputerowej (TK) w ramach pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębianej, - świadczenie do sumowania z produktem rozliczeniowym: 5.03.00.0000126, - świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: badania rezonansu magnetycznego (MR) w ramach pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębianej, - kryteria kwalifikacji do świadczeń tomografii komputerowej (TK) lub rezonansu magnetycznego (RM) w znieczuleniu określono przy produktach: 5.05.00.0000106 Znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 1 i 5.05.00.0000107 Znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 2, - porada nie stanowi kwalifikacji pacjenta do znieczulenia przeprowadzanej nie później niż 24 godziny przed zabiegiem w trybie planowym, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U. z 2022 r. poz. 392, z późn. zm.)
68	Moduł monitorowanie nowotworów piersi	5.30.00.0000001	W01	W01 Świadczenie pohospitalizacyjne		48										x		świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
69		5.30.00.0000002	W02	W02 Świadczenie receptowe		11										x		świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
70		5.30.00.0000011	W11	W11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu		44										x		rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
71		5.30.00.0000012	W12	W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu		75										x		rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
72		5.30.00.0000013	W13	W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu		133										x		rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
73		5.30.00.0000014	W14	W14 Świadczenie specjalistyczne 4-go typu		172										x		rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
74		5.30.00.0000015	W15	W15 Świadczenie specjalistyczne 5-go typu		56										x		rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
75		5.30.00.0000017	W17	W17 Świadczenie specjalistyczne 7-go typu		104										x		rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
76		5.60.01.0000006	nd	konsultacja neurologiczna - moduł monitorowanie		68										x		
77		5.60.01.0000007	nd	konsultacja kardiologiczna - moduł monitorowanie		68										x		
78		5.60.01.0000008	nd	konsultacja pulmonologiczna - moduł monitorowanie		68										x		
79		5.60.01.0000009	nd	konsultacja ginekologiczna - moduł monitorowanie		68										x		
80		5.60.01.0000010	nd	inna konsultacja specjalistyczna - moduł monitorowanie		68										x		
81		5.60.01.0000011	nd	opieka psychologiczna - moduł monitorowanie		74										x		możliwość wykazania maksymalnie 5 produktów
82		5.03.00.0000020	nd	scyntygrafia całego ciała (układ kostny)		388										x		
83		5.03.00.0000013	nd	limfoscyntygrafia		323										x		
84		5.03.00.0000126	nd	MR badanie piersi		773										x		w ramach modułu monitorowanie: do wykazania z innymi produktami albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady
85		5.10.00.0000103	nd	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy 1	236,22	2 795										x		- z zastosowaniem radiofarmaceutyku 18F-NaF, - w ramach modułu monitorowanie: do wykazania z innymi produktami albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady
86		5.31.00.0000100	Z100	Z100 Świadczenia zabiegowe - grupa 100		41										x	x	rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie procedur ICD-9 właściwych dla onkologicznych świadczeń kompleksowych.

87				5.05.00.0000107	nd	Znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 2		270										x			- świadczenie do sumowania z produktem rozliczeniowym: 5.03.00.0000126, - kryteria kwalifikacji do świadczeń rezonansu magnetycznego (MR) w znieczuleniu: 1) wiek do 12 roku życia wyłącznie lub 2) wiek do 18 roku życia oraz rozpoznanie według klasyfikacji ICD-10: F90, R44, lub 3) nasilony przebieg zaburzeń lękowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD 10: F40 - F41, lub 4) brak współpracy pacjenta z personelem medycznym z powodu nasilenia objawów w przebiegu zaburzeń psychicznych lub rozwojowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD-10: F10 - F17, F20 - F25, F28 - F31, F71 - F73, F84, lub 5) zaburzenia ruchowe o nasileniu utrudniającym przeprowadzenie badania (drżenia typu płaswiczego lub parkinsonowskiego), - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12
88				5.05.00.0000105	nd	Konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego		75										x			- świadczenie do sumowania z produktem rozliczeniowym: 5.03.00.0000126, - kryteria kwalifikacji do świadczeń rezonansu magnetycznego (MR) w znieczuleniu określono przy produkcie rozliczeniowym: 5.05.00.0000107 znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 2, - porada nie stanowi kwalifikacji pacjenta do znieczulenia przeprowadzanej nie później niż 24 godziny przed zabiegiem w trybie planowym, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U. z 2022 r. poz. 392, z późn. zm.)
Część II Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG)																					
89				5.51.01.0006031	F31	Kompleksowe zabiegi jelita grubego*			15 056		32					353	x				- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
90				5.51.01.0006032	F32	Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego*			6 554	6 030	30	6 030	6 205	6 379	295	x					- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
91				5.51.01.0006113	F32O	Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*	13 436		13 436	12 361	30	12 361	12 719	13 078	295	x					- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - grupa do rozliczenia przez podmioty realizujące leczenie onkologiczne w sposób kompleksowy lub spełniające warunki minimalnej liczby zabiegów określone w zał. nr 19 do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
92				5.51.01.0006037	F34	Średnie i endoskopowe zabiegi przewodu pokarmowego*			1 299	1 195		1 195	1 230	1 264		x					- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
93				5.51.01.0006036	F36	Choroby jelita grubego			2 835	2 608		1 418	1 890	2 363		x					- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
94				5.51.01.0006042	F42	Duże zabiegi jamy brzusznej*			7 085	6 519	27	6 519	6 708	6 896	353	x					- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
95				5.51.01.0006114	F42O	Duże zabiegi jamy brzusznej w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*	16 225		16 225	14 927	27	14 927	15 360	15 792	353	x					- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - grupa do rozliczenia przez podmioty realizujące leczenie onkologiczne w sposób kompleksowy lub spełniające warunki minimalnej liczby zabiegów określone w zał. nr 19 do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
96				5.51.01.0006103	F43E	Średnie i endoskopowe lecznicze zabiegi jamy brzusznej > 65 r.ż.*			3 431	3 157		3 157	3 248	3 340		x					- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
97				5.51.01.0006104	F43F	Średnie i endoskopowe lecznicze zabiegi jamy brzusznej < 66 r.ż.*			2 776	2 554		2 554	2 628	2 702		x					- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
98				5.51.01.0006107	F86E	Choroby wyrostka robaczkowego > 65 r.ż.			2 697	2 482		1 349	1 798	2 248		x					- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
99				5.51.01.0006108	F86F	Choroby wyrostka robaczkowego < 66 r.ż.			1 890	1 739		946	1 261	1 575		x					- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
100				5.51.01.0006093	F93	Średnie zabiegi odbytu*			1 393	1 282						x					- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
101				5.51.01.0006094	F94	Małe zabiegi odbytu i odbytnicy*			531	489						x					- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
102				5.51.01.0006096	F96	Choroby odbytu			2 421	2 227		1 211	1 614	2 018		x					- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
103				5.51.01.0015019	Q19	Średnie zabiegi na układzie limfatycznym*			2 362	2 173		2 173	2 236	2 299		x					- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
104				5.60.01.0000003	nd	Konsylium lekarskie		270								x	x				- obejmuje opracowanie indywidualnego planu leczenia przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, zgodnie z § 4a ust. 1a pkt 1 lit. b rozporządzenia szpitalnego oraz koordynację procesu leczenia, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
105				5.60.01.0000013	nd	Materiał pooperacyjny		1 500								x					- można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - można rozliczyć, gdy materiał do badania patomorfologicznego został pobrany w trakcie realizacji świadczeń zdefiniowanych przez następujące grupy JGP z katalogu 1on: F31; F32; F32O; F42; F42O; F93

106	5.07.01.0000011	nd	Teleradioterapia	17 468	17 468													x	x	- cały cykl leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.247 Teleradioterapia 4D brankowana (4D-IGRT) — fotony, 92.248 Teleradioterapia 4D adaptacyjna brankowana (4D-AIGRT) — fotony, 92.256 Teleradioterapia 4D brankowana (4D-IGRT) — elektrony, 92.257 Teleradioterapia 4D adaptacyjna brankowana (4D-AIGRT) — elektrony, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
107	5.07.01.0000012	nd	Teleradioterapia 3D z modulacją intensywności dawki	16 389	16 389													x	x	- cały cykl leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.246 Teleradioterapia 3D z modulacją intensywności dawki (3D-IMRT) — fotony, 92.292 Teleradioterapia 3D sterowana obrazem (IGRT) z modulacją intensywności dawki (3D-RoIMRT) – fotony, 92.291 Teleradioterapia 3D sterowana obrazem (IGRT) realizowana w oparciu o implanty wewnętrzne – fotony, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
108	5.07.01.0000013	nd	Teleradioterapia 3D - nickoplanarna z monitoringiem tomograficznym (3D-CRT)	14 899	14 899													x	x	- cały cykl leczenia, - monitoring tomograficzny co najmniej dwukrotnie w trakcie napromieniania, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.242 Teleradioterapia 3D konformalna sterowana obrazem (IGRT) — fotony, 92.252 Teleradioterapia 3D konformalna z monitoringiem tomograficznym (3D-CRT) — elektrony, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
109	5.07.01.0000058	nd	Teleradioterapia 3D - całego ciała (TBI) lub połowy ciała (HBI) lub skóry całego ciała	19 768	19 768													x	x	- cały cykl leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.249 Teleradioterapia szpiku lub układu chłonnego całego ciała (TMI) – fotony, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
110	5.07.01.0000023	nd	Teleradioterapia radykalna z planowaniem trójwymiarowym (3D)		11 560													x	x	- cały cykl leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.241 Teleradioterapia radykalna z planowaniem 3D — fotony, 92.251 Teleradioterapia radykalna z planowaniem 3D — elektrony, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
111	5.07.01.0000059	nd	Teleradioterapia paliatywna proces leczenia 1 frakcją	2 812	2 812													x	x	- cały cykl leczenia, - warunki określone w zał. Nr 3a, - obejmuje procedury: 92.223 Teleradioterapia paliatywna — promieniowanie X, 92.233 Teleradioterapia paliatywna z zastosowaniem 60Co — promieniowanie gamma, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
112	5.07.01.0000060	nd	Teleradioterapia paliatywna frakcjonowana	3 551	3 551													x	x	- cały cykl leczenia, - warunki określone w zał. Nr 3a, - obejmuje procedury: 92.223 Teleradioterapia paliatywna — promieniowanie X, 92.233 Teleradioterapia paliatywna z zastosowaniem 60Co — promieniowanie gamma, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
113	5.07.01.0000048	nd	Zakwaterowanie do teleradioterapii / protonoterapii	162	162														x	- za osobdzielę, - obejmuje zapewnienie transportu w przypadku zakwaterowania świadczeniobiorcy poza podmiotem działalności leczniczej
114	5.07.01.0000056	nd	Teleradioterapia stereotaktyczna	14 571	14 571													x	x	- zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.261 Teleradioterapia 3D stereotaktyczna z modulacją intensywności dawki (3D-SIMRT) — fotony, 92.263 Teleradioterapia 3D stereotaktyczna konformalna (3D-SCRT) — fotony, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
115	5.07.01.0000062	nd	Brachyterapia śródtkankowa/śródnaciczna w oparciu o planowanie 3D - aplikacje wielorazowe z podaniem jednej frakcji w trakcie jednej aplikacji	20 877	20 877													x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.413 Brachyterapia śródtkankowa - planowanie 3D, 92.432 Brachyterapia wewnątrzjamowa - planowanie 3D, - ICD-10 (w rozpoznaniu pierwotnym): C20 - Nowotwór złośliwy odbytnicy, C21 - Nowotwór złośliwy odbytu i kanału odbytu, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
116	5.07.01.0000063	nd	Brachyterapia śródtkankowa w oparciu o planowanie 3D - aplikacje jednorazowe z podaniem wielu frakcji	13 001	13 001													x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.413 Brachyterapia śródtkankowa - planowanie 3D, - ICD-10 (w rozpoznaniu pierwotnym): C20 - Nowotwór złośliwy odbytnicy, C21 - Nowotwór złośliwy odbytu i kanału odbytu, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
117	5.07.01.0000065	nd	Brachyterapia powierzchniowa oparta na planowaniu 3D	9 511	9 511													x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.452 Brachyterapia powierzchniowa - planowanie 3D, - ICD-10 (w rozpoznaniu pierwotnym): C20 - Nowotwór złośliwy odbytnicy, C21 - Nowotwór złośliwy odbytu i kanału odbytu, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
118	5.07.01.0000067	nd	Brachyterapia śródoperacyjna	9 557	9 557													x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.46 Brachyterapia śródoperacyjna, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita

119	5.07.01.0000052	nd	Brachyterapia z planowaniem 3D ze wszczepieniem stałych źródeł izotopowych		1											x	x	- rozliczenie świadczenia na podstawie specyfikacji kosztowej, - cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.411 Trwałe wszczepienie źródeł radioizotopowych	
120	5.07.01.0000069	nd	Brachyterapia oparta o planowanie 2D	4 458	4 458											x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.410 Wlew koloidalnego radioizotopu do jam ciała, 92.412 Brachyterapia śródtkankowa- planowanie standardowe, 92.421 Brachyterapia wewnątrzprzewodowa - planowanie standardowe, 92.431 Brachyterapia wewnątrzjamowa - planowanie standardowe, 92.451 Brachyterapia powierzchniowa - planowanie standardowe, - lokalizacja: nowotwory, których napromienianie następuje w oparciu o planowanie 2D, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita	
121	5.07.01.0000070	nd	Zakwaterowanie do brachyterapii	162	162												x	- za osobodzień, - obejmuje zapewnienie transportu w przypadku zakwaterowania świadczeniobiorcy poza podmiotem działalności leczniczej	
122	5.07.01.0000071	nd	Powtórne planowanie	0	0													- do sprawozdania w sytuacji stwierdzenia zmian topograficznych guza lub gdy ze względu na ubytek masy ciała zachodzi konieczność przygotowania więcej niż jednego planu leczenia, - możliwość sumowania ze świadczeniem bazowym zw. z naświetlaniem	
123	5.52.01.0001423	nd	Wytworzenie stałego dostępu naczyniowego z wytworzeniem tunelu podskórnego przeznaczonego do użytku długoterminowego z hospitalizacją		1 352											x		- obejmuje koszt wyrobu medycznego (koszt cewnika tunelizowanego typu Broviack, Hickman, Groshong lub Leonard, - nie podlega rozliczeniu użycie cewnika centralnego typu Cerofix, Cavafix.	
124	5.52.01.0001440	nd	Hospitalizacja do teleradioterapii / terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku > 17 r.z.	352	352											x		- za osobodzień, - do rozliczenia wyłącznie w dniach związanych z planowaniem i leczeniem radioterapią	
125	5.52.01.0001468	nd	Teleradioterapia/ brachyterapia i terapia izotopowa / terapia protonowa nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku - w trybie ambulatoryjnym		0														
126	5.52.01.0001499	nd	Hospitalizacja do teleradioterapii / terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku < 18 r.z. - w oddziale onkologii i hematologii dziecięcej	545	545											x		- za osobodzień, - do rozliczenia wyłącznie w dniach związanych z planowaniem radioterapii lub leczeniem radioterapią	
127	5.52.01.0001504	nd	Hospitalizacja do chemioradioterapii > 18 r.z.	469	469											x		- za osobodzień, - do rozliczenia w dniach związanych z leczeniem skojarzonym nowotworów - zastosowanie u pacjenta podczas jednoczesowej chemioterapii i radioterapii u tego samego świadczeniodawcy, kiedy między pierwszym a ostatnim dniem hospitalizacji do radioterapii nastąpi podanie substancji czynnej w określonych dniach z zachowaniem przerwy terapeutycznych zależnych od schematu leczenia, - można sumować z produktami radioterapii oraz z produktami z zał. 1c, 1m i 1n	
128	5.52.01.0001511	nd	Badanie genetyczne materiału archiwalnego		0												x	- do rozliczenia wyłącznie z produktem: 5.53.01.0005001 lub 5.53.01.0005002 lub 5.53.01.0005003, w sytuacji konieczności modyfikacji ustalonego planu leczenia, - konieczność sprawozdania pierwotnej daty pobrania materiału do badań, - realizowane w trybie ambulatoryjnym, - zgodnie z § 26 pkt 21 zarządzenia w rodzaju leczenia szpitalnego	
129	5.52.01.0001554	nd	Hospitalizacja do brachyterapii	399	399											x		- za osobodzień, - do rozliczenia wyłącznie w dniach związanych z planowaniem lub leczeniem radioterapii lub leczeniem skutków ubocznych radioterapii lub diagnostyką związaną z leczeniem radioterapii	
130	5.52.01.0001555	nd	Hospitalizacja jednodniowa do brachyterapii	199	199											x		do rozliczenia również w sytuacji, w której obecność pacjenta jest niezbędna w procesie planowania	
131	5.52.01.0001556	nd	Hospitalizacja jednodniowa do teleradioterapii	176	176											x		do rozliczenia również w sytuacji, w której obecność pacjenta jest niezbędna w procesie planowania	
132	5.52.01.0000035	nd	Implantacja portu naczyniowego z hospitalizacją		2 974											x		- obejmuje koszt wyrobu medycznego (portu), - wymagane wskazanie procedury 86.07 oraz rozpoznania zasadniczego wskazującego na przyczynę udzielenia świadczenia	
133	5.52.01.0000036	nd	Usunięcie portu naczyniowego z hospitalizacją		1 592											x			
134	5.52.01.0001533	nd	Chemioterapia dootrzewnowa w hipertermii (HIPEC)	26 515	26 515											x		- obejmuje wszystkie koszty: zabiegu, zestawu do chemioterapii dootrzewnowej, cytostatyku oraz hospitalizacji	
135	5.52.01.0001537	nd	Hospitalizacja świadczeniobiorcy onkologicznego świadczenia kompleksowego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.		0											x			
136	5.52.01.0001566	nd	Usunięcie stałego dostępu naczyniowego z wytworzonym tunelem podskórnym przeznaczonego do użytku długoterminowego z hospitalizacją		1 139											x			
137	5.60.01.0000014	nd	opieka psychologiczna - moduł leczenie		74											x	x	możliwość sumowania z produktem rozliczeniowym z modułu leczenia, związanym z rozliczeniem kosztów hospitalizacji	
138	5.32.00.0000006	nd	diagnostyka wstępna - nowotwory dolnego odcinka układu pokarmowego	554	554												x	świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna	
139	5.33.00.0000004	nd	diagnostyka pogłębiąca - nowotwory dolnego odcinka układu pokarmowego	669	669												x	świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna	
140	5.60.01.0000005	nd	opieka psychologiczna - moduł diagnostyka		160												x	- obejmuje pełną opiekę psychologiczną w ramach modułu diagnostycznego, - produkt rozliczany jest tylko raz w stosunku do danego świadczeniobiorcy	
141	5.10.00.0000103	nd	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy I	236,22	2 795												x	- z zastosowaniem radiofarmaceutyku 18FDG, 18F-NaF, - w ramach modułu diagnostyki nowotworu jelita grubego: do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej lub pogłębiącej, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady	
142	5.10.00.0000104	nd	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy II	349,96	4 142												x	- z zastosowaniem innych radiofarmaceutyków: zarejestrowane w Polsce 18F-cholina (18-fluorocholina) lub nie zarejestrowane w Polsce, a sprawozdane w trybie importu docelowego lub produkowane na potrzeby własne przez laboratorium świadczeniodawcy zgodnie z prawem atomowym, - w ramach modułu diagnostyki nowotworu jelita grubego: do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej lub pogłębiącej, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady	
143	5.31.00.0000100	Z100	Z100 Świadczenia zabiegowe - grupa 100		41												x	x	rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie procedur ICD-9 właściwych dla onkologicznych świadczeń kompleksowych.
144	5.51.01.0006037	F34	Średnie i endoskopowe zabiegi przewodu pokarmowego*			1 299	1 195		1 195	1 230	1 264					x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenia szpitalnego	

145		5.51.01.0021001	Z01	Kompleksowa diagnostyka onkologiczna*			3 517	3 517							x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - zgodnie z § 19 pkt 15 zarządzenia
146		5.60.01.0000015	nd	Połyty diagnostyczny		150									x			- można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - zgodnie z § 19 pkt 13 i 14 zarządzenia
147		5.05.00.0000106	nd	Znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 1		172									x			- świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: 45.231, 45.253, 45.239, 45.42 w ramach odpowiedniego pakietu diagnostyki wstępnej albo pogłębionej, - świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: badania tomografii komputerowej (TK) w ramach pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębionej, - kryteria kwalifikacji do świadczeń tomografii komputerowej (TK) w znieczuleniu: 1) wiek do 12 roku życia włącznie lub 2) wiek do 18 roku życia oraz rozpoznanie według klasyfikacji ICD-10: F90, R44, lub 3) nasilony przebieg zaburzeń lękowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD 10: F40 - F41, lub 4) brak współpracy pacjenta z personelem medycznym z powodu nasilenia objawów w przebiegu zaburzeń psychicznych lub rozwojowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD-10: F00 - F07, F20 - F25, F28 - F31, F71 - F73, F84, lub 5) zaburzenia ruchowe o nasileniu utrudniającym przeprowadzenie badania (drżenia typu pląsawiczego lub parkinsonowskiego), - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12
148		5.05.00.0000107	nd	Znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 2		270									x			- świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: badania rezonansu magnetycznego (MR) w ramach pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębionej, - kryteria kwalifikacji do świadczeń rezonansu magnetycznego (MR) w znieczuleniu: 1) wiek do 12 roku życia włącznie lub 2) wiek do 18 roku życia oraz rozpoznanie według klasyfikacji ICD-10: F90, R44, lub 3) nasilony przebieg zaburzeń lękowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD 10: F40 - F41, lub 4) brak współpracy pacjenta z personelem medycznym z powodu nasilenia objawów w przebiegu zaburzeń psychicznych lub rozwojowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD-10: F00 - F07, F20 - F25, F28 - F31, F71 - F73, F84, lub 5) zaburzenia ruchowe o nasileniu utrudniającym przeprowadzenie badania (drżenia typu pląsawiczego lub parkinsonowskiego), - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12
149		5.05.00.0000105	nd	Konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego		75									x			- świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: 45.231, 45.253, 45.239, 45.42 w ramach odpowiedniego pakietu diagnostyki wstępnej albo pogłębionej, - świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: badania tomografii komputerowej (TK) w ramach pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębionej, - świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: badania rezonansu magnetycznego (MR) w ramach pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębionej, - kryteria kwalifikacji do świadczeń tomografii komputerowej (TK) lub rezonansu magnetycznego (MR) w znieczuleniu określono przy produktach rozliczeniowych: 5.05.00.0000106 znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 1 i 5.05.00.0000107 znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 2, - porada nie stanowi kwalifikacji pacjenta do znieczulenia przeprowadzanej nie później niż 24 godziny przed zabiegiem w trybie planowym, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U. z 2022 r. poz. 392, z późn. zm.)
150		5.30.00.0000001	W01	W01 Świadczenie pohospitalizacyjne		48									x			świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
151		5.30.00.0000002	W02	W02 Świadczenie receptowe		11									x			świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
152		5.30.00.0000011	W11	W11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu		44									x			rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
153		5.30.00.0000012	W12	W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu		75									x			rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
154		5.30.00.0000013	W13	W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu		133									x			rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
155		5.31.00.0000100	Z100	Z100 Świadczenia zabiegowe - grupa 100		41									x	x		rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie procedur ICD-9 właściwych dla onkologicznych świadczeń kompleksowych.
156		5.06.00.0000902	nd	kolonoskopia diagnostyczna		325									x			
157		5.06.00.0000903	nd	kolonoskopia diagnostyczna z biopsją (z badaniem hist.-pat.)		468									x			badanie hist.-pat. zdefiniowane jako badanie tkanki lub tkanek pobranych z jednej lokalizacji i przekazanych do pracowni hist.-pat. w postaci jednej opisanej próbki, wymagającej oddzielnego przebadania i postawienia rozpoznania histopatologicznego
158		5.03.00.0000042	nd	kolonoskopia z polipektomią jednego lub więcej polipów o średnicy do 1 cm, za pomocą pętli diatermicznej (z badaniem hist.-pat.)		1018									x			badanie hist.-pat. zdefiniowane jako badanie tkanki lub tkanek pobranych z jednej lokalizacji i przekazanych do pracowni hist.-pat. w postaci jednej opisanej próbki, wymagającej oddzielnego przebadania i postawienia rozpoznania histopatologicznego
159		5.05.00.0000106	nd	Znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 1		172									x			- świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: 45.231, 45.253, 45.239, 45.42 w ramach produktów rozliczeniowych: 5.06.00.0000902, 5.06.00.0000903, 5.03.00.0000042, - świadczenie do sumowania z badaniami tomografii komputerowej (TK) w ramach produktów rozliczeniowych: 5.03.00.0000070, 5.03.00.0000095, 5.03.00.0000071, 5.03.00.0000096, 5.03.00.0000115, 5.03.00.0000097, 5.03.00.0000116, 5.03.00.0000073, 5.03.00.0000117, 5.03.00.0000099, 5.03.00.0000086, - kryteria kwalifikacji do świadczeń tomografii komputerowej (TK) w znieczuleniu: 1) wiek do 12 roku życia włącznie lub 2) wiek do 18 roku życia oraz rozpoznanie według klasyfikacji ICD-10: F90, R44, lub 3) nasilony przebieg zaburzeń lękowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD 10: F40 - F41, lub 4) brak współpracy pacjenta z personelem medycznym z powodu nasilenia objawów w przebiegu zaburzeń psychicznych lub rozwojowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD-10: F00 - F07, F20 - F25, F28 - F31, F71 - F73, F84, lub 5) zaburzenia ruchowe o nasileniu utrudniającym przeprowadzenie badania (drżenia typu pląsawiczego lub parkinsonowskiego), - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12

(*) oznaczenie grup o charakterze zabiegowym

Warunki rozliczenia produktów rozliczeniowych

Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś)

J Choroby piersi

J01G Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej*

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 (wyłącznie z rozpoznaniem zasadniczym z listy rozpoznań J08)

J01H Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem protezy/ ekspandera*

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 (wyłącznie z rozpoznaniem zasadniczym z listy rozpoznań J08)

J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi*

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 (wyłącznie z rozpoznaniem zasadniczym z listy rozpoznań J08)

J03E Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż.*

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 (wyłącznie z rozpoznaniem zasadniczym z listy rozpoznań J08)

J03F Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż.*

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 (wyłącznie z rozpoznaniem zasadniczym z listy rozpoznań J08)

J03O Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*

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

J04G Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanki własnej*

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 (wyłącznie z rozpoznaniem zasadniczym z listy rozpoznań J08)

J04H Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem protezy/ ekspandera*

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 (wyłącznie z rozpoznaniem zasadniczym z listy rozpoznań J08)

lub

wymagane wskazanie co najmniej jednej procedury z poniższej listy oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08

ICD-9

- 85.433 Prosta mastektomia z wycięciem regionalnych węzłów chłonnych
- 85.51 Jednostronne wstrzyknięcie do piersi/ powiększenie
- 85.52 Obustronne wstrzyknięcie do piersi/ powiększenie
- 85.539 Jednostronny wstecz do piersi - inne
- 85.54 Obustronny wstecz do piersi
- 85.59 Powiększająca plastyka sutka piersi - inne
- 85.71 Całkowita rekonstrukcja piersi
- 85.72 Obustronna całkowita rekonstrukcja piersi

J05 Średnia chirurgia piersi*

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 (wyłącznie z rozpoznaniem zasadniczym z listy rozpoznań J08)

lub

wymagane wskazanie co najmniej jednej procedury z poniższej listy oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08

ICD-9

- 85.6 Mastopeksja
- 85.314 Jednostronna symetryzacja piersi zdrowej
- 85.96 Usunięcie ekspandera z piersi

J06 Mała chirurgia piersi*

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 (wyłącznie z rozpoznaniem zasadniczym z listy rozpoznań J08)

lub

wymagane wskazanie co najmniej jednej procedury z poniższej listy oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08

ICD-9

- 85.01 Nacięcie piersi (skóry)
- 85.02 Nacięcie sutka
- 85.98 Usunięcie zastawki (portu) ekspanderoprotezy piersiowej

J08 Choroby piersi złośliwe

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

J10 Biopsja mammotomiczna *

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

Q18 Duże zabiegi na układzie limfatycznym*

wymagane wskazanie co najmniej jednej procedury z poniższej listy oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08

ICD-9

40.31 poszerzenie wycięcie regionalnych węzłów chłonnych

40.32 wycięcie regionalnych węzłów chłonnych wraz z drenowanym segmentem skóry, tkanki podskórnej i tłuszczowej

40.51 doszczętne wycięcie pachowych węzłów chłonnych

Q19 Średnie zabiegi na układzie limfatycznym*

wymagane wskazanie procedury 40.12 wycięcie węzła wartowniczego oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08

ROKO - Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach stacjonarnych

wymagane wskazanie:

minimum 3 procedur ICD-9 dziennie z listy dodatkowej ROKOa

minimum 2 procedur ICD-9 dziennie z listy dodatkowej ROKOb oraz ROKOc

rozpoznania zasadniczego z listy dodatkowej ROKOd

lub

minimum 3 procedur ICD-9 dziennie z listy dodatkowej ROKOa

minimum 2 procedur ICD-9 dziennie z listy dodatkowej ROKOb oraz ROKOc

rozpoznania zasadniczego z listy dodatkowej ROKOd

rozpoznania współistniejącego z listy rozpoznań określonej w załączniku nr 3b do zarządzenia REH

Listy dodatkowe

ROKOa

93.1139 Inne ćwiczenia z udziałem fizjoterapeuty

93.1202 Ćwiczenia czynne wolne

93.1204 Ćwiczenia samowspomagane

93.1205 Ćwiczenia czynne w odciążeniu

93.1304 Ćwiczenia izotoniczne

93.1305 Ćwiczenia izokinetyczne

93.1401 Ćwiczenia jednopłaszczyznowe kilku stawów na przyrządach

93.1812 Czynne ćwiczenia oddechowe

93.1903 Ćwiczenia sprawności manualnej

93.1907 Ćwiczenia zespołowe

93.1909 Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne

93.3801 Metody reedukacji nerwowo - mięśniowej

93.3808 Metody neurofizjologiczne - metoda PNF

93.3812 Plastrowanie dynamiczne/Kinesiology Taping/

93.3816 Metody terapii manualnej - metoda Cyriaxa

93.3818 Metody terapii manualnej - metoda Kaltenborna - Evjenta

93.3821 Metody terapii manualnej - metoda Maitlanda

93.3827 Metody terapii manualnej - inne

93.3831 Ćwiczenia specjalne

93.3912 Masaż klasyczny - częściowy

93.3916 Masaż pneumatyczny

93.3918 Masaż inny

93.3987 Drenaż limfatyczny ogólny

93.3999 Zabiegi fizjoterapeutyczne - inne

ROKOb

89.01 Profilaktyka i promocja zdrowia

89.08 Inna konsultacja

ROKOc

- 94.08 Testy/ocena psychologiczna - inna
- 94.335 Trening autogeny
- 94.336 Terapia behawioralno-relaksacyjna - inne formy
- 94.36 Psychoterapia w formie zabaw
- 94.37 Psychoterapia integrująca
- 94.39 Psychoterapia indywidualna - inne
- 94.44 Terapia grupowa - inne
- 94.49 Inne poradnictwo

ROKOd

- I97.2 Zespół obrzęku chłonnego po usunięciu sutka
- I89.0 Obrzęk chłonny niesklasyfikowany gdzie indziej
- C50.0 Brodawka i otoczka brodawki sutka
- C50.1 Centralna część sutka
- C50.2 Ćwiartka górna wewnętrzna sutka
- C50.3 Ćwiartka dolna wewnętrzna sutka
- C50.4 Ćwiartka górna zewnętrzna sutka
- C50.5 Ćwiartka dolna zewnętrzna sutka
- C50.6 Część pachowa sutka
- C50.8 Zmiana przekraczająca granice sutka
- C50.9 Sutek, nieokreślony
- C79.8 Wtórny nowotwór złośliwy innych określonych umiejscowień
- C80 Nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia
- D05.0 Rak zrazikowy in situ
- D05.1 Rak wewnątrzprzewodowy in situ
- D05.7 Inny rak sutka in situ
- D05.9 Rak in situ sutku, nieokreślony

AOS - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi

Z22 Świadczenia zabiegowe - grupa 22

na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Z100 Świadczenia zabiegowe - grupa 100

na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie procedur ICD-9 właściwych dla onkologicznych świadczeń kompleksowych

W01 Świadczenie pohospitalizacyjne

na warunkach obowiązujących w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna

W02 Świadczenie receptowe

na warunkach obowiązujących w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna

W11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu

na warunkach obowiązujących w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna

W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu

na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna

W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu

na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna

W14 Świadczenie specjalistyczne 4-go typu

na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna

W15 Świadczenie specjalistyczne 5-go typu

na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna

W17 Świadczenie specjalistyczne 7-go typu

na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG)

F31 Kompleksowe zabiegi jelita grubego*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur F31kon oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F32kon

F31kon ICD-9

- 45.711 Mnogie resekcje segmentalne urazowo zmienionego jelita grubego
- 45.732 Prawostronna radykalna kolektomia
- 45.733 Hemikolektomia prawostronna
- 45.74 Resekcja poprzecznicy
- 45.75 Hemikolektomia lewostronna
- 45.8 Totalna śródbrzuszna kolektomia
- 45.952 Wytworzenie zbiornika jelitowego (J, H, S) z zespoleniem jelita cienkiego z odbytem
- 48.5 Brzuszo-kroczeniowa amputacja odbytnicy
- 48.61 Przezkrzyżowe wycięcie odbytnicy/ esicy
- 48.62 Przednia resekcja odbytnicy z wytworzeniem kolostomii
- 48.63 Przednia resekcja odbytnicy - inna
- 48.64 Tylne resekcja odbytnicy

F32 Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur F32kon oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F32kon

F32kon ICD-9

45.431 Endoskopowa ablacja guza jelita grubego
45.52 Wyizolowanie segmentu jelita grubego
45.719 Mnogie resekcje segmentalne jelita grubego - inne
45.721 Wycięcie kątnicy i końcowego odcinka jelita krętego
45.729 Wycięcie kątnicy - inne
45.731 Ileokolektomia
45.76 Sigmoidektomia
45.799 Częściowe wycięcie jelita grubego - inne
45.93 Zespoleńie jelito cienkie-jelito grube – inne
45.94 Zespoleńie jelito grube-jelito grube
45.951 Zespoleńie do odbytu
46.011 Ileostomia pętlowa
46.032 Kolostomia pętlowa
46.11 Czasowa kolostomia
46.13 Stała kolostomia
46.14 Odłożone otwarcie kolostomii
46.19 Kolostomia - inna
46.43 Rewizja przetoki jelita grubego - inna
48.1 Wytworzenie przetoki odbytniczej
48.491 Brzuszo kroczoowa resekcja odbytnicy pull-through
48.691 Częściowe wycięcie odbytnicy
48.692 Resekcja odbytnicy BNO
49.6 Wycięcie odbytu

F32kon ICD-10

C18.0 Nowotwór złośliwy (jelito ślepe)
C18.2 Nowotwór złośliwy (okrężnica wstępująca)
C18.3 Nowotwór złośliwy (zgięcie wątrobowe)
C18.4 Nowotwór złośliwy (okrężnica poprzeczna)
C18.5 Nowotwór złośliwy (zgięcie śledzionowe)
C18.6 Nowotwór złośliwy (okrężnica zstępująca)
C18.7 Nowotwór złośliwy (esica)
C18.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice okrężnicy)
C18.9 Nowotwór złośliwy (okrężnica, nieokreślona)
C19 Nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego
C20 Nowotwór złośliwy odbytnicy
C21.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice odbytu i kanału odbytu)
D01.0 Rak in situ (okrężnica)
D01.1 Rak in situ (zgięcie esiczo-odbytnicze)
D01.2 Rak in situ (odbytnica)
D37.4 Nowotwór o nieokreślonym charakterze (okrężnica)
D37.5 Nowotwór o nieokreślonym charakterze (odbytnica)

F32O Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur F32kon oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F32O

F32O ICD-10

C18.0 Nowotwór złośliwy (jelito ślepe)
C18.2 Nowotwór złośliwy (okrężnica wstępująca)
C18.3 Nowotwór złośliwy (zgięcie wątrobowe)
C18.4 Nowotwór złośliwy (okrężnica poprzeczna)
C18.5 Nowotwór złośliwy (zgięcie śledzionowe)
C18.6 Nowotwór złośliwy (okrężnica zstępująca)

C18.7 Nowotwór złośliwy (esica)
C18.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice okrężnicy)
C18.9 Nowotwór złośliwy (okrężnica, nieokreślona)
C19 Nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego
C20 Nowotwór złośliwy odbytnicy
C21.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice odbytu i kanału odbytu)

F34 Średnie i endoskopowe zabiegi przewodu pokarmowego*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur F34kon oraz rozpoznania zasadniczego z listy F32kon lub F86Ekon lub F96kon; czas pobytu < 5 dni

F34kon ICD-9

45.22 Endoskopia jelita grubego przez przetokę
45.251 Zamknięta biopsja jelita grubego z bliżej nieokreślonego miejsca
45.252 Pobranie materiału przez wyszczotczowanie lub wypłukanie jelita grubego
45.253 Kolonoskopia z biopsją
45.42 Endoskopowe wycięcie polipa jelita grubego
45.439 Endoskopowe zniszczenie innych zmian lub tkanek jelita grubego - inne
45.49 Zniszczenie zmiany jelita grubego - inne
48.23 Procto-sigmoidoskopia sztywnym wziernikiem

lub

wymagane wskazanie procedury 45.231 Fiberokolonoskopia lub 45.24 Fiberosigmoidoskopia; procedury z listy dodatkowej F1 oraz rozpoznania zasadniczego z listy F32kon lub F86Ekon lub F96kon; czas pobytu < 5 dni

F36 Choroby jelita grubego

wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F32kon

F42 Duże zabiegi jamy brzusznej*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur F42kon oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F42kon

F42kon ICD-9

54.121 Laparotomia przez ranę operacyjną w celu opanowania krwotoku
54.123 Laparotomia przez ranę operacyjną w celu nacięcia krwiaka
54.4 Wycięcie/ zniszczenie tkanek otrzewnowej
54.511 Usunięcie zrostów otrzewnowych dróg żółciowych metodą otwartą
54.512 Uwolnienie otrzewnowych zrostów jelitowych metodą otwartą
54.513 Uwolnienie zrostów otrzewnowych wątroby metodą otwartą
54.514 Uwolnienie zrostów otrzewnowych otrzewnej miednicy metodą otwartą
54.515 Uwolnienie zrostów otrzewnowych otrzewnej metodą otwartą
54.516 Uwolnienie zrostów otrzewnowych śledziony metodą otwartą
54.517 Uwolnienie zrostów otrzewnowych macicy metodą otwartą
54.73 Operacja naprawcza otrzewnej - inne
54.741 Zeszycie sieci
54.742 Przeszczep sieci
54.743 Omentopeksja
54.744 Odprowadzenie skrętu sieci
54.751 Plikacja krezki
54.752 Ufiksowanie krezki
54.94 Wytworzenie połączenia otrzewnowo-naczyniowego

F42kon ICD-10

C18.0 Nowotwór złośliwy (jelito ślepe)
C18.1 Nowotwór złośliwy (wyrstek robaczkowy)

C18.2 Nowotwór złośliwy (okrężnica wstępująca)
C18.3 Nowotwór złośliwy (zgięcie wątrobowe)
C18.4 Nowotwór złośliwy (okrężnica poprzeczna)
C18.5 Nowotwór złośliwy (zgięcie śledzionowe)
C18.6 Nowotwór złośliwy (okrężnica zstępująca)
C18.7 Nowotwór złośliwy (esica)
C18.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice okrężnicy)
C18.9 Nowotwór złośliwy (okrężnica, nieokreślona)
C19 Nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego
C20 Nowotwór złośliwy odbytnicy
C21.1 Nowotwór złośliwy (kanał odbytu)
C21.2 Nowotwór złośliwy (strefa kloakogenna)
C21.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice odbytu i kanału odbytu)

F42O Duże zabiegi jamy brzusznej w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur F42kon oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F42kon

F43E Średnie i endoskopowe lecznicze zabiegi jamy brzusznej > 65 r.ż.*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur F43Ekon oraz rozpoznania zasadniczego z listy F32kon lub F86Ekon lub F96kon; wiek > 65r.ż.

F43Ekon ICD-9

54.11 Laparotomia zwiadowcza
54.19 Laparotomia - inna
54.21 Laparoscopia
54.956 Nakłucie otrzewnej – punkcja obarczająca

F43F Średnie i endoskopowe lecznicze zabiegi jamy brzusznej < 66r.ż.*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur F43Ekon oraz rozpoznania zasadniczego z listy F32kon lub F86Ekon lub F96kon; wiek < 66r.ż.

F86E Choroby wyrostka robaczkowego > 65r.ż.

wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F86Ekon; wiek > 65r.ż.

F86Ekon ICD-10

C18.1 Nowotwór złośliwy (wyrostek robaczkowy)

F86F Choroby wyrostka robaczkowego < 66r.ż.

wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F86Ekon; wiek < 66r.ż.

F93 Średnie zabiegi odbytu*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur F93kon oraz rozpoznania zasadniczego z listy F32kon lub F96kon

F93kon ICD-9

48.1 Wytworzenie przetoki odbytniczej
48.31 Radykalna elektrokoagulacja zmiany odbytnicy
48.32 Elektrokoagulacja zmiany odbytnicy - inna
48.691 Częściowe wycięcie odbytnicy
48.692 Resekcja odbytnicy BNO

F94 Małe zabiegi odbytu i odbytnicy*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur F94kon oraz rozpoznania zasadniczego z listy F32kon lub F96kon; czas pobytu < 5 dni

F94kon ICD-9

- 48.22 Wziernikowanie odbytnicy/esicy przez przetokę
- 48.33 Zniszczenie zmiany odbytnicy laserem
- 48.34 Kriochirurgiczne zniszczenie zmiany odbytnicy
- 48.35 Miejscowe wycięcie zmiany odbytnicy
- 48.36 Endoskopowe usunięcie polipa odbytnicy
- 49.03 Wycięcie polipowatej wyrośli odbytu
- 49.31 Endoskopowe wycięcie/ zniszczenie zmiany/ tkanki odbytu
- 49.39 Miejscowe wycięcie/ zniszczenie zmiany/ tkanki odbytu - inne

F96 Choroby odbytu

wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F96kon

F96kon ICD-10

- C21.1 Nowotwór złośliwy (kanał odbytu)
- C21.2 Nowotwór złośliwy (strefa kloakogenna)
- D01.3 Rak in situ (odbyt i kanał odbytu)

Lista dodatkowa do sekcji F**F1****ICD-9**

- 100.01 Znieczulenie ogólne dotchawicze z monitorowaniem rozszerzonym (do 2 godzin)
- 100.10 Znieczulenie całkowite dożylne (do 30 minut)
- 100.11 Znieczulenie całkowite dożylne (od 30 minut do 60 minut)

Q19 Średnie zabiegi na układzie limfatycznym*

wymagane wskazanie procedury 40.12 Wycięcie węzła wartowniczego oraz rozpoznania zasadniczego z listy F32kon lub F86Ekon lub F96kon

Z01 Kompleksowa diagnostyka onkologiczna*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur Z01kon, co najmniej jednej procedury z listy dodatkowej Z1kon, co najmniej jednej procedury z listy dodatkowej Z2kon oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań Z01kon; czas pobytu < 5 dni

Z01kon ICD-9

- 45.239 Kolonoskopia - inne
- 45.253 Kolonoskopia z biopsją

Z01kon ICD-10

- C18.0 Jelito ślepe
- C18.1 Wyrostek robaczkowy
- C18.2 Okrężnica wstępująca
- C18.3 Zgięcie wątrobowe
- C18.4 Okrężnica poprzeczna
- C18.5 Zgięcie śledzionowe
- C18.6 Okrężnica zstępująca
- C18.7 Esica
- C18.8 Zmiana przekraczająca granice okrężnicy (uwaga 5)
- C18.9 Okrężnica, nie określona
- C19 Nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego
- C20 Nowotwór złośliwy odbytnicy
- C21.1 Kanał odbytu

C21.2 Strefa kloakogenna
C21.8 Zmiana przekraczająca granice odbytu i kanału odbytu (uwaga 5)
D01.0 Rak in situ (okrężnica)
D01.1 Rak in situ (zgięcie esiczo-odbytnicze)
D01.2 Rak in situ (odbytnica)
D01.3 Rak in situ (odbyt i kanał odbytu)
D37.4 Nowotwór o nieokreślonym charakterze (okrężnica)
D37.5 Nowotwór o nieokreślonym charakterze (odbytnica)

Z1kon

ICD-9

87.410 TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego
87.411 TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
87.412 TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym
87.413 TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym oraz bez lub z doustnym zakontrastowaniem przełyku
88.010 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego
88.011 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.012 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym
88.305 TK - wirtualna kolonoskopia
88.389 Inna TK ze wzmocnieniem kontrastowym
88.971 RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego
88.976 RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.979 Badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym RM

Z2kon

ICD-9

87.440 RTG klatki piersiowej
88.191 RTG jamy brzusznej przeglądowe
88.199 RTG jamy brzusznej - inne
88.741 USG transrektalne
88.749 USG przewodu pokarmowego - inne
88.761 USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej

AOS - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego

Z100 Świadczenia zabiegowe - grupa 100

na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie procedur ICD-9 właściwych dla onkologicznych świadczeń kompleksowych

W01 Świadczenie pohospitalizacyjne

na warunkach obowiązujących w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna

W02 Świadczenie receptowe

na warunkach obowiązujących w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna

W11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu

na warunkach obowiązujących w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna

W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu

na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna

W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu

na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna

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 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), zwanej dalej "ustawą o świadczeniach".

Niniejsze zarządzenie nowelizuje zarządzenie Nr 3/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych (z późn. zm.) w następującym zakresie:

W katalogu onkologicznych świadczeń kompleksowych – załącznik 1on (załącznik do niniejszego zarządzenia):

1. Skategoryzowano istniejący produkt rozliczeniowy 5.05.00.0000104 "Znieczulenie całkowite dożylnie" na dwa produkty celem rozliczania świadczeń o podobnej kosztowości:

a) 5.05.00.0000106 "Znieczulenie całkowite dożylnie – kategoria 1" (znieczulenie w kolonoskopii i w tomografii komputerowej (TK)),

b) 5.05.00.0000107 "Znieczulenie całkowite dożylnie – kategoria 2" (znieczulenie w badaniu rezonansu magnetycznego (MR)),

2. Dla produktu 5.05.00.0000105 "Konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego" rozszerzono wskazania o badania tomografii komputerowej (TK) oraz rezonansu magnetycznego (MR).

Wobec powyższych zmian:

1) w części I załącznika 1on – Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś) – wprowadzono produkty rozliczeniowe:

- 5.05.00.0000106 "Znieczulenie całkowite dożylnie – kategoria 1",

- 5.05.00.0000107 "Znieczulenie całkowite dożylnie – kategoria 2",

- 5.05.00.0000105 "Konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego",

2) w części II załącznika 1on – Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG) – usunięto produkt rozliczeniowy 5.05.00.0000104 "Znieczulenie całkowite dożylnie" zastępując go nowymi produktami:

- 5.05.00.0000106 "Znieczulenie całkowite dożylnie – kategoria 1" oraz

- 5.05.00.0000107 "Znieczulenie całkowite dożylnie – kategoria 2".

Przedmiotowa zmiana w zakresie merytorycznym wynika bezpośrednio (symetryzacja przepisów) ze zmiany zarządzenia Nr 61/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 maja 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (z późn. zm.), w związku z nowelizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 2678).

3. Wprowadzono zmiany w zakresie funkcjonującego mechanizmu redukcji wartości punktowej hospitalizacji < 3 dni. W zmodyfikowanym mechanizmie dla poszczególnych JGP zabiegowych lub zachowawczych, dla których dotychczas przewidziana była redukcja wartości punktowej hospitalizacji < 3 dni, wprowadzono etapowe zwiększenie wartości punktowej hospitalizacji trwających poniżej 3 dni (odpowiednio gdy data przyjęcia = data wypisu, jeden albo dwa dni). Etapowe zwiększenie wartości punktowej hospitalizacji ma na celu wyeliminowanie zbędnego wydłużenia hospitalizacji celem uzyskania wyższego przychodu szpitala. Mechanizm zapewni szpitalom dodatkowe fundusze, a dyrektorzy podmiotów leczniczych zyskają większą elastyczność w zarządzaniu ruchem pacjentów.

Przedmiotowa zmiana w zakresie merytorycznym wynika bezpośrednio (symetryzacja przepisów) ze zmiany zarządzenia Nr 1/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie

określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.).

Pozostałe zmiany wprowadzone w zarządzeniu mają charakter porządkowy.

Jak wskazano powyżej, zmiany wprowadzane niniejszym zarządzeniem wynikają z dokonanych wcześniej zmian w zarządzeniu Nr 61/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 maja 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zarządzeniu Nr 1/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne i są z nimi tożsame.

Odpowiednie projekty zarządzeń zmieniających ww. zarządzenie Nr 61/2022/DSOZ Prezesa oraz zarządzenie Nr 1/2022/DSOZ, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 i 3a załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 787, z późn. zm.), zostały poddane konsultacjom zewnętrznym. W związku z tym przepisy przedmiotowego zarządzenia zmieniającego zarządzenie Nr 3/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych, jako stanowiące konsekwencję wprowadzonych wcześniej zmian, nie wymagają ponownego opiniowania.

Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.

Globalny skutek finansowy dotyczący świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne dla mechanizmu tzw. schodkowej redukcji wartości punktowej hospitalizacji wynosi co najmniej 200 mln zł w skali roku. Natomiast dla pozostałych wprowadzanych niniejszym zarządzeniem zmian na dzień publikacji zarządzenia skutek finansowy nie jest możliwy do oszacowania.

Przepisy zarządzenia stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od 1 lutego 2023 r., z wyjątkiem lp. 65-67, lp. 87-88, lp. 147-149 oraz lp. 159-161 załącznika do zarządzenia, które stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 4 stycznia 2023 r.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.