Załącznik do zarządzenia Nr 173/2023/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 30 listopada 2023 r.

**PROGRAMY ZDROWOTNE - PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE - KATALOG ZAKRESÓW I ŚWIADCZEŃ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Kod zakresu świadczeń | Nazwa zakresu świadczeń | Kod świadczenia | Nazwa świadczenia | Waga punktowa świadczenia |
| 1 | 10.7000.156.02 | PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY - ETAP DIAGNOSTYCZNY | 5.12.00.0000006 | PROCEDURA DIAGNOSTYCZNA W PROGRAMIE PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY | **2,63** |
| 2 | 10.0000.156.02 | PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY - ETAP POGŁĘBIONEJ DIAGNOSTYKI | 5.12.00.0000052 | KOLPOSKOPIA | **11,00** |
| 5.12.00.0000053 | KOLPOSKOPIA Z CELOWANYM POBRANIEM WYCINKÓW I BADANIEM HISTOPATOLOGICZNYM | **31,00** |
| 3a | 10.7940.158.02 | PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI - ETAP PODSTAWOWY - w pracowni stacjonarnej | 5.12.00.0000066 | PORADA NA ETAPIE PODSTAWOWYM PROGRAMU PROFILAKTYKI RAKA PIERSI – w pracowni stacjonarnej | **9,45** |
| 3b | 10.7940.159.02 | PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI - ETAP PODSTAWOWY - w pracowni mobilnej | 5.12.00.0000067 | PORADA NA ETAPIE PODSTAWOWYM PROGRAMU PROFILAKTYKI RAKA PIERSI – w pracowni mobilnej | **9,45** |
| 4 | 10.0000.157.02 | PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI  - ETAP POGŁĘBIONEJ DIAGNOSTYKI | 5.12.00.0000054 | PORADA NA ETAPIE POGŁĘBIONEJ DIAGNOSTYKI PROGRAMU PROFILAKTYKI RAKA PIERSI | **2,10** |
| 5.12.00.0000055 | MAMMOGRAFIA UZUPEŁNIAJĄCA | **7,35** |
| 5.12.00.0000056 | USG PIERSI | **5,25** |
| 5.12.00.0000062 | BIOPSJA GRUBOIGŁOWA PIERSI PRZEZSKÓRNA Z PEŁNĄ DIAGNOSTYKĄ  (BADANIE HIST.-PAT.) Z UŻYCIEM TECHNIK OBRAZOWYCH | **31,50** |
| 5.12.00.0000074 | OCENA IMMUNOHISTOCHEMICZNA RECEPTORA ER, PGR I HER 2 ORAZ KI67 Z MATERIAŁU Z BIOPSJI GRUBOIGŁOWEJ GUZA PIERSI W PRZYPADKU POTWIERDZENIA W BADANIU HISTOPATOLOGICZNYM KOMÓREK RAKA PIERSI\*\*\* | **40,0** |
| 5 | 10.4450.159.02 | PROGRAM BADAŃ PRENATALNYCH | 5.19.00.0000025 | PORADA GENETYCZNA - PROGRAM NFZ | **6,30** |
| 5.19.00.0000002 | BADANIA BIOCHEMICZNE - AFP | **7,35** |
| 5.19.00.0000003 | BADANIA BIOCHEMICZNE - PAP P-A | **16,80** |
| 5.19.00.0000004 | BADANIA BIOCHEMICZNE - BETA-HCG | **5,25** |
| 5.19.00.0000005 | BADANIA BIOCHEMICZNE - ESTRIOL | **5,25** |
| 5.19.00.0000033 | BADANIE ULTRASONOGRAFICZNE I TRYMESTRU | **28,35** |
| 5.19.00.0000034 | BADANIE ULTRASONOGRAFICZNE II TRYMESTRU | **28,35** |
| 5.19.00.0000026 | BADANIA GENETYCZNE OBEJMUJĄCE CYTOGENETYCZNĄ, MOLEKULARNĄ I BIOCHEMICZNĄ OCENĘ MATERIAŁU PŁODOWEGO - PROGRAM NFZ | **126,00** |
| 5.19.00.0000027 | AMNIOPUNKCJA - PROGRAM NFZ | **31,50** |
| 5.19.00.0000028 | BIOPSJA TROFOBLASTU - PROGRAM NFZ | **31,50** |
| 5.19.00.0000029 | KORDOCENTEZA - PROGRAM NFZ | **31,50** |
| 5.19.00.0000039 | PODANIE IMMUNOGLOBULINY ANTY-RhD PACJENTCE RhD-UJEMNEJ  po inwazyjnej diagnostyce prenatalnej. Świadczenie polega na podaniu immunoglobuliny anty-RhD zgodnie z aktualnymi zaleceniami konsultantów krajowych w dziedzinie położnictwa i ginekologii, transfuzjologii klinicznej oraz perinatologii.  Świadczenie rozliczane na podstawie faktury (konieczność udokumentowania zakupu fakturą/ rachunkiem). Obejmuje koszt immunoglobuliny anty-RhD, w wysokości nieprzekraczającej urzędowej ceny zbytu dla dawki 50 mcg/ml określonej w załączniku do obowiązującego obwieszczenia Ministra Zdrowia\*)  z uwzględnieniem przepisów art. 9 Ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych z dnia 12 maja 2011 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 784 z późn. zm.). Wymagane wskazanie procedury wg ICD-9 - 99.111. | **1,00** |
| 5a | 10.1450.159.02 | PROGRAM BADAŃ PRENATALNYCH  - część położniczo-ginekologiczna | 5.19.00.0000002 | BADANIA BIOCHEMICZNE - AFP | **7,35** |
| 5.19.00.0000003 | BADANIA BIOCHEMICZNE - PAP P-A | **16,80** |
| 5.19.00.0000004 | BADANIA BIOCHEMICZNE - BETA-HCG | **5,25** |
| 5.19.00.0000005 | BADANIA BIOCHEMICZNE - ESTRIOL | **5,25** |
| 5.19.00.0000033 | BADANIE ULTRASONOGRAFICZNE I TRYMESTRU | **28,35** |
| 5.19.00.0000034 | BADANIE ULTRASONOGRAFICZNE II TRYMESTRU | **28,35** |
| 5.19.00.0000027 | AMNIOPUNKCJA - PROGRAM NFZ | **31,50** |
| 5.19.00.0000028 | BIOPSJA TROFOBLASTU - PROGRAM NFZ | **31,50** |
| 5.19.00.0000029 | KORDOCENTEZA - PROGRAM NFZ | **31,50** |
| 5.19.00.0000039 | PODANIE IMMUNOGLOBULINY ANTY-RhD PACJENTCE RhD-UJEMNEJ  po inwazyjnej diagnostyce prenatalnej. Świadczenie polega na podaniu immunoglobuliny anty-RhD zgodnie z aktualnymi zaleceniami konsultantów krajowych w dziedzinie położnictwa i ginekologii, transfuzjologii klinicznej oraz perinatologii.  Świadczenie rozliczane na podstawie faktury (konieczność udokumentowania zakupu fakturą/ rachunkiem). Obejmuje koszt immunoglobuliny anty-RhD, w wysokości nieprzekraczającej urzędowej ceny zbytu dla dawki 50 mcg/ml określonej w załączniku do obowiązującego obwieszczenia Ministra Zdrowia\*)  z uwzględnieniem przepisów art. 9 Ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych z dnia 12 maja 2011 r.  (Dz.U. z 2019 r. poz. 784 z późn. zm.). Wymagane wskazanie procedury wg ICD-9 - 99.111. | **1,00** |
| 5b | 10.1210.159.02 | PROGRAM BADAŃ PRENATALNYCH  - część genetyczna | 5.19.00.0000025 | PORADA GENETYCZNA - PROGRAM NFZ | **6,30** |
| 5.19.00.0000026 | BADANIA GENETYCZNE OBEJMUJĄCE CYTOGENETYCZNĄ, MOLEKULARNĄ I BIOCHEMICZNĄ OCENĘ MATERIAŁU PŁODOWEGO - PROGRAM NFZ | **126,00** |
| 6 | 10.0010.162.02 | PROGRAM PROFILAKTYKI CHORÓB ODTYTONIOWYCH (W TYM POCHP) - ETAP PODSTAWOWY | 5.01.00.0000049 | PORADNICTWO ANTYNIKOTYNOWE | **2,94** |
| 5.01.00.0000050 | PORADNICTWO ANTYNIKOTYNOWE Z WYKONANIEM BADANIA SPIROMETRYCZNEGO | **6,41** |
| 7 | 10.0000.163.02 | PROGRAM PROFILAKTYKI CHORÓB ODTYTONIOWYCH  (W TYM POCHP) - ETAP SPECJALISTYCZNY | 5.12.00.0000064 | PORADA WSTĘPNA NA ETAPIE SPECJALISTYCZNYM | **9,70** |
| 5.12.00.0000065 | PORADA KONTROLNA NA ETAPIE SPECJALISTYCZNYM (po 3, 6, 12 m-cach) | **6,47** |
| 5.12.00.0000016 | PORADA KONTROLNA W CYKLU LECZENIA FARMAKOLOGICZNEGO | **6,47** |
| 5.12.00.0000017 | PORADA KONTROLNA W CYKLU PSYCHOTERAPII GRUPOWEJ LUB INDYWIDUALNEJ | **6,47** |
| 5.12.00.0000059 | SESJA PSYCHOTERAPII GRUPOWEJ (UDZIAŁ 1 OSOBY) | **3,23** |
| 5.12.00.0000018 | SESJA PSYCHOTERAPII INDYWIDUALNEJ | **12,93** |
| 8 | 10.7910.155.02 | PROGRAM BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO | 5.12.00.0000068 | KOLONOSKOPIA DIAGNOSTYCZNA W PROGRAMIE BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO | **37,5** |
| 5.12.00.0000069 | KOLONOSKOPIA DIAGNOSTYCZNA Z BIOPSJĄ  (Z BADANIEM HIST-PAT)  W PROGRAMIE BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO | **54** |
| 5.12.00.0000070 | KOLONOSKOPIA Z POLIEKTOMIĄ JEDNEGO LUB WIĘCEJ POLIPÓW DO 15 MM DŁUGOŚCI, ZA POMOCĄ PĘTLI DIATERMICZNEJ (Z BADANIEM HIST-PAT) W PROGRAMIE BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO | **115,1** |
| 5.12.00.0000071 | ZNIECZULENIE (SEDACJA) Z UDZIAŁEM ANESTEZJOLOGA W PROGRAMIE BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO | **19,4** |
| 5.12.00.0000072 | KONSULTACJA WYNIKÓW Z WYDANIEM DALSZYCH ZALECEŃ PACJENTOWI W PROGRAMIE BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO | **4,7** |
| 5.12.00.0000073 | KONSULTACJA W ZAKRESIE KWALIFIKACJI DO WYKONANIA ZNIECZULENIA DO KOLONOSKOPII W PROGRAMIE BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO | **8,5** |
| \*) Obwieszczenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, dla których ustalono urzędową cenę zbytu. | | | | |  |
| \*\*) Rozliczeniu podlega porada, która odbyła się co najmniej 2 dni przed datą wykonania badania. | | | | |  |
| \*\*\*) Produkt wskazany do sumowania w przypadku konieczności wykonania | | | | | |