

**ZARZĄDZENIE NR 132/2024/DSOZ
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 31 grudnia 2024 r.

**w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna**

(tekst ujednolicony)¹⁾

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz. 26) zarządza się, co następuje:

**Rozdział 1.
Przepisy ogólne**

§ 1. Zarządzenie określa:

- 1) przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- 2) szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
– w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

§ 2. 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **ASDK** — ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne, obejmujące wykonanie badań wraz z wydaniem wyników tych badań, określone w **załączniku nr 1b** do zarządzenia, wykonywane u świadczeniobiorców, którym świadczenia udzielane są w trybie ambulatoryjnym, realizowane w odpowiednich pracowniach, laboratoriach, zakładach diagnostycznych, poradniach, będące przedmiotem odrębnego kontraktowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) **ambulatoryjna opieka pielęgniarstwa lub położnej (AOP)** — świadczenie wymienione w załączniku nr 1a do rozporządzenia AOS, o którym mowa pkt 26, wykonywane przez pielęgniarki lub położne, zgodnie z warunkami określonymi w tym rozporządzeniu;
- 3) **ambulatoryjna opieka ze wskazań nagłych (AON)** — świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wykonywane ze wskazań nagłych w rozpoznaniach wymienionych w **załączniku nr 5d** do zarządzenia oraz opieka specjalistyczna realizowana w tych rozpoznaniach w określonym przedziale czasu; świadczenia te realizowane są w zakresach świadczeń określonych w **załączniku nr 1a** do zarządzenia;
- 4) **charakterystyka grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych** — zbiór parametrów służących do wyznaczenia ambulatoryjnej grupy świadczeń specjalistycznych, określonych w **załączniku nr 7** do zarządzenia;
- 5) **decyzja diagnostyczna** — ustalenie rozpoznania na podstawie przeprowadzonego postępowania diagnostycznego, określonego zgodnie z klasyfikacją ICD-10;
- 6) **decyzja terapeutyczna** — ustalenie postępowania zmierzającego do rozwiązania problemu zdrowotnego świadczeniobiorcy – określenie procedury medycznej zgodnie z klasyfikacją ICD-9, zalecenia, wskazówki, instrukcje udzielone świadczeniobiorcy, wystawienie recepty, a także określenie zasad przyjmowania leków, wskazanie konieczności realizowania leczenia w szczególności w innych poradniach specjalistycznych lub u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;

¹⁾ Tekst ujednolicony uwzględnia zmiany wynikające z: zarządzenia nr 23/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2025 r., zarządzenia nr 46/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r., zarządzenia nr 60/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 lipca 2025 r., zarządzenia nr 85/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 października 2025 r., zarządzenia nr 103/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2025 r., zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

- 7) **diagnostyczny pakiet onkologiczny** — zestaw finansowanych ryczałtowo badań diagnostycznych, w szczególności spośród wskazanych w **załączniku nr 5c** do zarządzenia, które powinny być wykonane u świadczeniobiorcy posiadającego kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, zgodnie z indywidualnymi wskazaniami klinicznymi, w celu przeprowadzenia wstępnej lub pogłębionej diagnostyki onkologicznej;
- 8) **diagnostyczny pakiet specjalistyczny** — zestaw finansowanych ryczałtowo badań diagnostycznych, w szczególności spośród wskazanych w **załączniku nr 5e** do zarządzenia, które powinny być wykonane u pacjenta pierwszorazowego diagnozowanego w kierunku rozpoznania ICD-10 wskazanego w tym załączniku, uwzględniający kompleksową ocenę stanu zdrowia (wywiad lekarski, badanie fizykalne, pozyskiwanie w drodze skierowania niezbędnych wyników badań dodatkowych, ocenę dostępnych i zleconych wyników badań dodatkowych), obejmujący łącznie:
- a) podjęcie decyzji diagnostycznej poprzez określenie jednostki chorobowej według klasyfikacji ICD-10 oraz podjęcie decyzji terapeutycznej, w tym określenie dalszego schematu opieki nad świadczeniobiorcą, oraz wskazanie dalszego trybu opieki spośród wymienionych niżej:
 - dalsze leczenie przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ),
 - pozostawienie w opiece poradni specjalistycznej,
 - skierowanie do lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w innej dziedzinie medycyny,
 - skierowanie do szpitala,
 - zakończenie leczenia specjalistycznego,
 - b) przekazanie *Informacji dla lekarza kierującego/POZ*, zgodnie ze wzorem określonym w **załączniku nr 6** do zarządzenia,
 - c) w uzasadnionych medycznie przypadkach wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego zgodnie z art. 32a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;
- 9) **diagnostyka onkologiczna** — diagnostykę, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy o świadczeniach;
- 10) **Fundusz** — Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 11) **KAOS** — kompleksową ambulatoryjną opiekę specjalistyczną nad świadczeniobiorcą z chorobą przewlekłą, rozliczaną przy pomocy kapitałowej stawki rocznej, odrębnie kontraktowaną, wykonywaną w trybie ambulatoryjnym, realizowaną zgodnie z kryteriami określonymi w rozporządzeniu AOS, o którym mowa w pkt 26;
- 12) **karta diagnostyki i leczenia onkologicznego** — dokument, o którym mowa w art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach;
- 13) **katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych** — zbiór kategorii specjalistycznych świadczeń o charakterze zabiegowym lub zachowawczym, określony w **załączniku nr 5a** do zarządzenia;
- 14) **katalog diagnostycznych pakietów onkologicznych** — zbiór diagnostycznych pakietów onkologicznych, wykonywanych w ramach wstępnej lub pogłębionej diagnostyki onkologicznej, wykazywanych do rozliczania ryczałtowo za dany pakiet oraz produktów do sumowania wykonywanych w ramach diagnostyki onkologicznej, określony w **załączniku nr 5c** do zarządzenia;
- 15) **katalog diagnostycznych pakietów specjalistycznych** — zbiór diagnostycznych pakietów specjalistycznych, określony w załączniku nr 5e do zarządzenia;
- 16) **kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś)** — zakres świadczeń realizowany w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach którego realizowana, koordynowana i finansowana jest kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi, skoordynowana przez jeden ośrodek, obejmująca przeprowadzenie procesu diagnostycznego, terapeutycznego, rehabilitacyjnego i monitorowania;
- 17) **katalog specjalistycznych świadczeń odrębnych** — zbiór specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych, określony w **załączniku nr 5b** do zarządzenia;

- 18) **koordynowana opieka nad kobietą w ciąży** — zakres świadczeń (KOC I, KOC II/III) w rodzaju: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (SOK), w ramach którego realizowana i finansowana jest skoordynowana opieka dla kobiet w ciąży, obejmująca specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne, przedporodową i poporodową opiekę położnej, poród, a w przypadku wskazań medycznych także hospitalizacje. Pod pojęciem koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży rozumie się również realizację tych świadczeń w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej;
- 19) **Oddział Funduszu** — oddział wojewódzki Funduszu;
- 20) **ogólne warunki umów** — ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określone w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach;
- 21) **pacjent pierwszorazowy** — świadczeniobiorcę, który w ciągu 730 dni poprzedzających udzielenie świadczenia nie korzystał ze świadczeń w danym zakresie, spośród wymienionych w **załączniku nr 1a** do zarządzenia, któremu udzielane są świadczenia w oparciu o przepisy art. 57 lub art. 60 ustawy o świadczeniach;
- 22) **pogłębiona diagnostyka onkologiczna** — świadczenia, określone w rozporządzeniu AOS, o którym mowa w pkt 26, obejmujące zestaw badań diagnostycznych rozliczanych w ramach diagnostycznego pakietu onkologicznego oraz produktów do sumowania;
- 23) **porada początkowa** — pierwszą poradę rozpoczynającą proces diagnostyczno-terapeutyczny w ramach wstępnej diagnostyki onkologicznej lub pogłębionej diagnostyki onkologicznej, lub u pacjenta pierwszorazowego, która nie jest wskazywana do rozliczenia, a jej data sprawozdawana jest w raporcie statystycznym dla świadczeń skojarzonych z zakresu diagnostyki onkologicznej lub świadczeń na rzecz pacjentów pierwszorazowych;
- 24) **porada udzielana w miejscu pobytu świadczeniobiorcy** — poradę udzielaną w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy albo miejscu jego czasowego pobytu;
- 25) **rodzaj świadczeń** — rodzaj, o którym mowa w ogólnych warunkach umów;
- 26) **rozporządzenie AOS** — rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 27) **rozporządzenie o opiece okołoporodowej** — rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, wydane na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799 i 1897);
- 28) **rozporządzenie POZ** - rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 29) **rozporządzenie Programy** — rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 30) **skojarzony zakres świadczeń** — zakres wyodrębniony w umowie w danym zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w ramach którego udzielane są określone świadczenia wraz z wyodrębnioną w ramach umowy kwotą zobowiązania, przeznaczoną wyłącznie na ich finansowanie, wskazany w załączniku nr 1 do zarządzenia;
- 31) **specjalistyczne świadczenie zabiegowe** — procedurę zabiegową rozumianą jako czynność realizowaną na narządach lub tkankach ciała z naruszeniem ciągłości tkanek, procedurę diagnostyczną lub terapeutyczną wraz z koniecznymi czynnościami uzupełniającymi, realizowanymi komplementarnie w stosunku do procedur: zabiegowych, diagnostycznych, terapeutycznych, obejmującą w uzasadnionych medycznie przypadkach wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego zgodnie z art. 32a ustawy o świadczeniach. Świadczenia są rozliczane z wykorzystaniem grup zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literami Z lub PZ, wskazanych w Katalogu ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych określonym w **załączniku nr 5a** do zarządzenia;

- 32) **świadczenie pohospitalizacyjne** — świadczenie realizowane w poradni przyszpitalnej, w okresie nie dłuższym niż trzydzieści dni od dnia zakończenia hospitalizacji, hospitalizacji planowej albo świadczenia udzielonego w ramach „leczenia jednego dnia” w rozumieniu przepisów w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, przez tego świadczeniodawcę, który udzielił danemu świadczeniobiorcy świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia szpitalnego, związane z nim przyczynowo, obejmujące ocenę przebiegu procesu leczenia po zakończeniu hospitalizacji w zakresie z niej wynikającym, w oparciu o badanie i posiadane lub przedstawione wyniki badań dodatkowych, uwzględniające w uzasadnionych medycznie przypadkach:
- a) realizację procedur medycznych: diagnostycznych (w tym laboratoryjnych) lub terapeutycznych, według aktualnej wersji klasyfikacji ICD-9, będących kontynuacją procedur rozpoczętych wcześniej lub
 - b) pozyskiwanie w drodze skierowania niezbędnych, uzupełniających wyników badań dodatkowych, lub
 - c) wydanie orzeczenia lub zaświadczenia, z prawa do uzyskania którego świadczeniobiorca nie jest wykluczony na podstawie art. 16 ust. 1-4 ustawy o świadczeniach;
- 33) **świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne** – świadczenie kontrolne wykonywane po zakończeniu hospitalizacji w oddziale o profilu: choroby wewnętrzne lub pediatria, realizowane zgodnie z warunkami określonymi w załączniku nr 1 do rozporządzenia AOS lp.66 lub 67, rozliczane w okresie nie dłuższym niż 90 dni od dnia zakończenia hospitalizacji;
- 34) **świadczenie specjalistyczne** — świadczenie obejmujące ocenę stanu zdrowia świadczeniobiorcy lub ocenę przebiegu leczenia w oparciu o badanie podmiotowe i przedmiotowe oraz posiadane lub przedstawione wyniki badań dodatkowych oraz uwzględniające w uzasadnionych medycznie przypadkach:
- a) realizację procedur medycznych: diagnostycznych (w tym laboratoryjnych), terapeutycznych, rehabilitacyjnych, według aktualnej wersji klasyfikacji ICD-9, będących kontynuacją rozpoczętych wcześniej lub
 - b) pozyskiwanie w drodze skierowania niezbędnych, uzupełniających wyników badań dodatkowych, lub
 - c) wydanie orzeczenia lub zaświadczenia, z prawa do uzyskania którego świadczeniobiorca nie jest wykluczony na podstawie art. 16 ust. 1-4 ustawy o świadczeniach, lub
 - d) wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, zgodnie z art. 32a ustawy o świadczeniach;
- 35) **świadczenie specjalistyczne pierwszorazowe** — świadczenie wykonywane u pacjenta pierwszorazowego, polegające na kompleksowej ocenie stanu zdrowia (wywiad lekarski, badanie fizykalne, pozyskiwanie w drodze skierowania niezbędnych wyników badań dodatkowych, ocenę dostępnych i zleconych wyników badań dodatkowych), obejmujące łącznie:
- a) podjęcie decyzji diagnostycznej – określenie jednostki chorobowej według klasyfikacji ICD-10 oraz podjęcie decyzji terapeutycznej, w tym określenie dalszego schematu opieki nad świadczeniobiorcą, oraz wskazanie dalszego trybu opieki w odniesieniu do podjętej decyzji spośród następujących trybów:
 - dalsze leczenie przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ),
 - pozostawienie w opiece poradni specjalistycznej,
 - skierowanie do lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w innej dziedzinie medycyny,
 - skierowanie do szpitala - zakończenie leczenia specjalistycznego,
 - b) przekazanie *Informacji dla lekarza kierującego/POZ*, zgodnie ze wzorem określonym w **załączniku nr 6** do zarządzenia,
 - c) w uzasadnionych medycznie przypadkach wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego zgodnie z art. 32a ustawy o świadczeniach;
- 36) **świadczenie specjalistyczne receptowe** — świadczenie, o którym mowa w art. 42 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2024 r. poz. 1287 i 1897);
- 37) **wstępna diagnostyka onkologiczna** — świadczenia, o których mowa w rozporządzeniu AOS, obejmujące zestaw badań diagnostycznych rozliczanych w ramach diagnostycznego pakietu onkologicznego oraz produktów do sumowania odpowiadających wstępnemu rozpoznaniu;

38) **zakres świadczeń** — zakres, o którym mowa w ogólnych warunkach umów.

2. Świadczenia specjalistyczne pierwszorazowe, świadczenia specjalistyczne, specjalistyczne świadczenia zabiegowe, świadczenia pohospitalizacyjne, specjalistyczne świadczenia odrębne oraz porady udzielane w miejscu pobytu świadczeniobiorcy, obejmują ponadto:

- 1) zlecenie zaopatrzenia w wyroby medyczne gwarantowane zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 930) oraz dokumentowanie w historii choroby stanu klinicznego świadczeniobiorcy uzasadniającego uzyskanie świadczenia; zlecenie na realizację tego świadczenia gwarantowanego wystawia się w sposób określony w odrębnych przepisach oraz w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne;
- 2) kierowanie na konsultacje specjalistyczne, leczenie szpitalne, leczenie uzdrowiskowe lub rehabilitację leczniczą;
- 3) niezbędną edukację i promocję zachowań prozdrowotnych;
- 4) wykonywanie badań profilaktycznych.

3. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu AOS oraz w ogólnych warunkach umów.

Rozdział 2.

Przedmiot postępowania i umowy

§ 3. 1. Przedmiotem postępowania, o którym mowa w § 1 pkt 1, jest wyłonienie świadczeniodawców do udzielania świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

2. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) - (Dz. Urz. WE L 340 z 16.12. 2002, str. 1 i n., z późn. zm.) oraz zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy o świadczeniach, przedmiotem umów objęte są następujące nazwy i kody:

- 1) 85143000-3 Usługi ambulatoryjne;
- 2) 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne.

§ 4. 1. Postępowanie, o którym mowa w § 3 ust. 1, ma na celu wyłonienie świadczeniodawców do realizacji świadczeń odpowiednio na obszarze terytorialnym:

- 1) województwa;
- 2) więcej niż jednego powiatu;
- 3) powiatu;
- 4) więcej niż jednej gminy;
- 5) gminy;
- 6) więcej niż jednej dzielnicy;
- 7) dzielnicy.

2. Porównanie ofert w toku postępowania następuje zgodnie z art. 148 ustawy o świadczeniach oraz przepisami wydanymi na podstawie art. 148 ust. 3 tej ustawy.

Rozdział 3.

Szczegółowe warunki umowy

§ 5. 1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, zwanej dalej „umową”, jest w szczególności realizacja świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej obejmujących odpowiednio świadczenia w poradniach specjalistycznych lub ASDK, lub KAOS udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w zakresach świadczeń określonych w **załącznikach nr 1a-1c** do zarządzenia.

2. Wzory umów określone są w **załącznikach nr 2a-2c** do zarządzenia.

3. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają pisemnej zgody Prezesa Funduszu.

§ 6. 1. Świadczeniodawca realizujący umowę obowiązany jest spełniać wymagania określone w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu AOS.

2. Konieczność spełniania wymagań, o których mowa w ust. 1, dotyczy każdego miejsca udzielania świadczeń, w którym realizowana jest umowa.

§ 7. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej w poszczególnych zakresach określonych w załącznikach nr 1a-1c do zarządzenia mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, którego wzór określony jest w załączniku nr 3 do umowy.

2. Dopuszcza się zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie części zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.

3. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego wymagania, o których mowa w § 6.

4. Umowa zawarta między świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy w zakresie wynikającym z umowy, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach.

5. Fundusz obowiązany jest do poinformowania świadczeniodawcy o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz o jej wynikach.

§ 8. 1. Fundusz nie finansuje świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w związku z prowadzeniem eksperymentu medycznego, w tym badania klinicznego, których finansowanie określają odrębne przepisy.

2. ²⁾ Przy udzielaniu świadczeń profilaktycznych w zakresie położnictwa i ginekologii, w ramach porad o kodach: 5.05.00.0000060 oraz 5.05.00.0000114 określonych w załączniku nr 5b do zarządzenia, świadczeniodawca przed pobraniem materiału do przesiewowego badania w kierunku raka szyjki macicy obowiązany jest do weryfikacji uprawnień świadczeniobiorcy do objęcia badaniem skryningowym, zgodnie z kryteriami określonymi w tym załączniku.”

3. Przy udzielaniu świadczeń, świadczeniodawca obowiązany jest do weryfikacji, z uwzględnieniem przepisów art. 50 ustawy o świadczeniach, prawa świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

4. W celu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 3, świadczeniodawca obowiązany jest do uzyskania we właściwym Oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, zgodnie z art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach.

5. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca składa w Oddziale Funduszu wniosek, w terminie 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

6. W przypadku niedopełnienia przez świadczeniodawcę obowiązku określonego w ust. 5, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną.

7. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji przez świadczeniodawcę udzielania świadczeń na podstawie kolejnej umowy zawartej z Funduszem, upoważnienie, o którym mowa w ust. 4, uzyskane w związku z zawarciem poprzedniej umowy, zachowuje ważność.

8. W przypadku udzielania świadczeń, o których mowa w ust. 2, konieczne jest posiadanie dostępu do Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP).

9. W przypadku udzielania, w zakresie położnictwa i ginekologia, świadczeń o profilu położniczym, świadczeniodawca obowiązany jest do weryfikacji objęcia świadczeniobiorcy koordynowaną opieką nad kobietą w ciąży, w oparciu o system informatyczny udostępniany przez Fundusz.

²⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

10. W przypadku udzielania świadczeń kontrolnych pohospitalizacyjnych świadczeniodawca zobowiązany jest do sprawdzenia terminu i miejsca hospitalizacji, poprzedzającej świadczenie.

§ 9. 1. Świadczenia objęte przedmiotem umowy, udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje zgodnie z „Harmonogramem – zasoby”, którego wzór określony jest w **załączniku nr 2** do umowy.

2. Osoby, o których mowa w ust. 1, będące lekarzami mogą udzielać świadczeń w zakresie badania tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (RM), także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, z zachowaniem wymogów określonych w odrębnych przepisach.

3. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń zgodnie z harmonogramem, o którym mowa w ust. 1.

4. W przypadku nieobecności lekarza, logopedy lub ortoptysty, realizującego świadczenia zgodnie z umową, świadczeniodawca obowiązany jest poinformować świadczeniobiorców o sposobie zorganizowania opieki w okresie nieobecności tych osób. Informacja, o której mowa w zdaniu pierwszym, udostępniana jest w miejscu udzielania świadczeń oraz w siedzibie świadczeniodawcy.

§ 10. 1. Warunki rozliczania świadczeń będących przedmiotem umowy określone są w ogólnych warunkach umów oraz w umowie.

2. Liczba i cena jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania Funduszu są określone w planie rzeczowo — finansowym, którego wzór określony jest w **załączniku nr 1** do umowy.

3. Podstawą do rozliczania świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna jest cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej (punkt), a w odniesieniu do świadczeń określonych w **załączniku nr 1c** do zarządzenia — kapitałowa stawka roczna.

4. Liczba punktów odpowiadająca poszczególnym świadczeniom określona jest w **załącznikach nr 5a - 5c** oraz w zarządzeniu **nr 5e** do zarządzenia.

5. Wartość punktowa odpowiadająca poszczególnym świadczeniom ASDK określona jest w **załączniku nr 1b** do zarządzenia.

6. Podstawą rozliczenia świadczeń za dany okres sprawozdawczy są jednostki rozliczeniowe odpowiadające świadczeniom z odpowiednich katalogów, zatwierdzone w wyniku weryfikacji danych raportu statystycznego w systemie informatycznym Funduszu.

7. ³⁾ Przy rozliczaniu świadczeń profilaktycznych w zakresie położnictwa i ginekologii, w ramach porad o kodach: 5.05.00.0000060 oraz 5.05.00.0000114 określonych w **załączniku nr 5b** do zarządzenia, po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

8. ⁴⁾ Przy rozliczaniu świadczeń ASDK udzielonych świadczeniobiorcom powyżej 18. roku życia:

1) w zakresach: badania tomografii komputerowej lub badania rezonansu magnetycznego, po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek świadczeniodawcy składany do końca miesiąca następującego po zakończeniu okresu rozliczeniowego, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy, z zastrzeżeniem, że do rozliczenia świadczeń objętych zwiększeniem kwoty zobowiązania, zastosowanie ma współczynnik korygujący 0,5;

2) w zakresach: badania endoskopowe przewodu pokarmowego – gastroscopia lub badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia, po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek świadczeniodawcy składany do końca miesiąca następującego po zakończeniu okresu rozliczeniowego, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy, z zastrzeżeniem, że do rozliczenia świadczeń objętych zwiększeniem kwoty zobowiązania, zastosowanie ma współczynnik korygujący 0,6.

³⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 zarządzenia, o którym mowa w odnośniku 2

⁴⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

9. Przy rozliczaniu skojarzonego zakresu świadczeń na rzecz pacjentów pierwszorazowych w zakresach: endokrynologii, kardiologii, neurologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

10. Przy rozliczaniu skojarzonego zakresu świadczeń: ambulatoryjna opieka ze wskazań nagłych (AON) w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

11. Przy rozliczaniu skojarzonego zakresu świadczeń: świadczenia zabiegowe w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

12. Przy rozliczaniu świadczeń w zakresach: alergologii dla dzieci, diabetologii dla dzieci, endokrynologii dla dzieci, gastroenterologii dla dzieci, onkologii i hematologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej, nefrologii dla dzieci, neurologii dziecięcej, gruźlicy i chorób płuc dla dzieci, reumatologii dla dzieci, chorób zakaźnych dla dzieci, neonatologii, ginekologii dla dziewcząt, chirurgii dziecięcej, chirurgii onkologicznej dla dzieci, neurochirurgii dla dzieci, ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci, leczenia wad postawy u dzieci i młodzieży, preluksacji, okulistyki dla dzieci, otolaryngologii dziecięcej, urologii dziecięcej, rzadkich wrodzonych wad metabolizmu u dzieci, pediatrii oraz w skojarzonych do nich zakresach świadczeń określonych w **załączniku nr 1a do zarządzenia**, po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

13. Przy rozliczaniu świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom poniżej 18. roku życia w zakresach określonych:

1) w **załączniku nr 1a do zarządzenia**, niewymienionych w ust. 12 oraz w skojarzonych do nich zakresach świadczeń,

2) w **załączniku nr 1b do zarządzenia**, niewymienionych w ust. 8

– po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

14. Przy rozliczaniu świadczeń udzielanych w zakresach świadczeń innych niż wymienione w ust. 7 - 13, po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

§ 11. 1. Świadczeniodawca obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:

1) kod rozpoznania zasadniczego według klasyfikacji ICD-10;

2) kody istotnych procedur medycznych, według wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9.

2. Świadczeniodawca realizujący świadczenia w ramach skojarzonego zakresu świadczeń diagnostyki onkologicznej, obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:

1) kod rozpoznania, według klasyfikacji ICD-10, ustalony po przeprowadzeniu odpowiednio wstępnej i pogłębionej diagnostyki onkologicznej;

2) kody istotnych procedur medycznych, według wskazanej przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy wersji ICD-9, z obowiązkowym wskazaniem tych badań spośród wymienionych w **załączniku nr 5c do zarządzenia**, które zostały wykonane u świadczeniobiorcy;

3) porada początkowa o kodzie: 5.01.28.0000002 (WP2 porada początkowa — diagnostyka onkologiczna) wraz z datą jej wykonania, odpowiednio w ramach wstępnej i pogłębionej diagnostyki onkologicznej;

4) numer karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

3. Świadczeniodawca rozliczający świadczenia w ramach skojarzonego zakresu świadczeń na rzecz pacjentów pierwszorazowych, w tym diagnostycznych pakietów specjalistycznych, obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym danych, o których mowa w ust. 1, oraz dodatkowo porady początkowej o kodzie: 5.01.28.0000001 (WP1 porada początkowa — świadczenia pierwszorazowe) wraz z datą jej wykonania, a w przypadku diagnostycznych pakietów specjalistycznych – porady początkowej o kodzie 5.01.28.0000003 (WP3 porada początkowa — pakiet specjalistyczny) wraz z datą jej wykonania.

4. ⁵⁾ Świadczeniodawca realizujący przesiewowe badania materiału z szyjki macicy obowiązany jest do sprawozdawania przedmiotowej procedury z wykorzystaniem świadczenia o kodzie: 5.05.00.0000060 lub 5.05.00.0000114 w przypadku, gdy spełnione są kryteria kwalifikacji do udziału w programie profilaktyki raka szyjki macicy.

5. ⁶⁾ Przekazanie raportu statystycznego, o którym mowa w ogólnych warunkach umów, w przypadku świadczeń o kodach: 5.05.00.0000060 oraz 5.05.00.0000114, określonych w **załączniku nr 5b** do zarządzenia, polega na wypełnieniu i zatwierdzeniu odpowiednich pól aplikacji w SIMP.

6. Świadczeniodawca obowiązany jest do wskazania w raporcie statystycznym zakresu świadczeń, świadczeń z Katalogu ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych określonego w **załączniku nr 5a** do zarządzenia lub z Katalogu specjalistycznych świadczeń odrębnych określonego w **załączniku nr 5b** do zarządzenia lub z Katalogu diagnostycznych pakietów onkologicznych określonego w **załączniku nr 5c** do zarządzenia lub z Katalogu diagnostycznych pakietów specjalistycznych określonego w **załączniku nr 5e** do zarządzenia.

7. Świadczeniodawca przy rozliczaniu KAOS obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym oprócz zakresu świadczeń, także:

1) kodu rozpoznania według klasyfikacji ICD-10;

2) kodów procedur medycznych według aktualnej wersji ICD-9;

3) porady w ramach kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z cukrzycą — 5.01.26.0000001 albo porady w ramach kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem zakażonym wirusem HIV, leczonym lekami antyretrowirusowymi (ARV) — 5.02.26.0000062.

8. Dane, o których mowa w ust. 1-7, winny pozostawać w zgodności z danymi zawartymi w indywidualnej dokumentacji medycznej.

9. W raporcie statystycznym nie wykazuje się procedur (badań), które nie zostały zlecone i sfinansowane przez świadczeniodawcę w ramach świadczenia.

§ 12.1. Świadczenia specjalistyczne pierwszorazowe mogą być rozliczane w przypadku udzielania świadczeń pacjentom pierwszorazowym, które są rozliczane z wykorzystaniem świadczeń o kodzie rozpoczynającym się oznaczeniem W4 lub W5, zgodnie z **załącznikiem nr 5a** do zarządzenia, jeżeli w danym rozpoznaniu nie zostały utworzone diagnostyczne pakiety specjalistyczne.

2. Diagnostyczne pakiety specjalistyczne mogą być rozliczane w przypadku udzielania świadczeń pacjentom pierwszorazowym z rozpoznaniem wskazanym w **załączniku nr 5e** do zarządzenia, po postawieniu ostatecznego rozpoznania, ustaleniu terapii i wskazaniu trybu dalszej opieki, w oparciu o skalę ciężkości choroby, określoną w **załączniku nr 5f** do zarządzenia.

3. Świadczenia w ramach zakresu skojarzonego: ambulatoryjna opieka ze wskazań nagłych mogą być rozliczane:

1) przez świadczeniodawców realizujących świadczenia w zakresach ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci oraz chirurgii dziecięcej, spełniających warunki dodatkowe określone w **załączniku nr 1a** do zarządzenia - w przypadku udzielania świadczeń obejmujących zaopatrzenie urazu lub zabezpieczenie pourazowe, niezależnie od miejsca zaopatrzenia tego

⁵⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 3 lit. a zarządzenia, o którym mowa w odnośniku 2

⁶⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 3 lit. b zarządzenia, o którym mowa w odnośniku 2

urazu – w okresie do 60 dni od rozpoznania świadczeniobiorcom z rozpoznaniem dotyczącym narządu ruchu określonymi w **załączniku nr 5d** do zarządzenia lub

2) przez świadczeniodawców realizujących świadczenia w zakresie okulistyki i okulistyki dla dzieci - w przypadku udzielania świadczeń świadczeniobiorcom z rozpoznaniem dotyczącym narządu wzroku określonymi w **załączniku nr 5d** do zarządzenia – w okresie 14 dni od dnia rozpoznania

– na zasadach określonych w przepisach niniejszego zarządzenia, z wykorzystaniem grup W11-W32 oraz grup zabiegowych Z.

4. Świadczenia w ramach zakresu skojarzonego: ambulatoryjna opieka pielęgnarska lub położnej mogą być rozliczane na zasadach określonych w przepisach zarządzenia z wykorzystaniem grup o kodach: PPW oraz grup zabiegowych PZ wskazanych w **załączniku nr 5a** do zarządzenia.

5. Świadczenia ambulatoryjnej opieki pielęgnarskiej lub położnej podlegają rozliczaniu po zrealizowaniu świadczenia w zakresie wynikającym z rozporządzenia AOS. Nie podlegają odrębnemu rozliczeniu wizyty w poradni związane ze zlecaniem kolejnych badań dodatkowych.

6. Świadczenie specjalistyczne pierwszorazowe lub świadczenie specjalistyczne podlega rozliczeniu po podjęciu decyzji diagnostycznej i terapeutycznej wobec świadczeniobiorcy wraz ze skompletowaniem wyników procedur diagnostycznych - wymaganych w charakterystykach poszczególnych świadczeń oraz po spełnieniu pozostałych warunków określonych w zarządzeniu. Nie podlegają odrębnemu rozliczeniu wizyty w poradni związane ze zlecaniem i dostarczaniem kolejnych wyników badań dodatkowych.

7. Etapy postępowania związane z udzielonymi świadczeniami są odnotowywane w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

8. Nie kwalifikuje się do rozliczenia porady receptowej, wykonywanej częściej niż co 90 dni lub wykonywanej w odstępie krótszym niż 14 dni w stosunku do innych typów porad.

9. Fundusz nie finansuje świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w poradniach specjalistycznych, udzielonych kobietom w ciąży objętym koordynowaną opieką nad kobietą w ciąży, jeżeli świadczenia te związane są z ciążą, porodem i porodem, na podstawie umowy w zakresie położnictwa i ginekologii oraz w innych zakresach, z wyłączeniem stanów nagłych.

10. W przypadku wykonywania świadczeń wstępnej lub pogłębionej diagnostyki onkologicznej w ramach skojarzonego zakresu świadczeń diagnostyki onkologicznej, rozliczanie świadczeń następuje wyłącznie z wykorzystaniem diagnostycznych pakietów onkologicznych oraz produktów do sumowania, określonych w **załączniku nr 5c** do zarządzenia, odpowiednich dla rozpoznania wstępnego.

11. Świadczeniodawca, który przeprowadził wstępną diagnostykę onkologiczną u świadczeniobiorcy na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, może ją rozliczyć z wykorzystaniem jednego pakietu wstępnej diagnostyki onkologicznej oraz produktów do sumowania na zasadach określonych w **załączniku nr 5c** do zarządzenia.

12. Świadczeniodawca, który przeprowadził pogłębioną diagnostykę onkologiczną u świadczeniobiorcy na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, może ją rozliczyć z wykorzystaniem jednego pakietu pogłębionej diagnostyki onkologicznej oraz produktów do sumowania za zasadach określonych w **załączniku nr 5c** do zarządzenia.

13. Do rozliczania dodatkowych kosztów diagnostyki patomorfologicznej, finansowanych w ramach dedykowanych produktów 5.05.00.0000108 i 5.05.00.0000109 określonych w załączniku nr 5c do zarządzenia, uprawnieni są świadczeniodawcy posiadający certyfikat akredytacyjny, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 2135), w zakresie działalności jednostki diagnostyki patomorfologicznej, będącej jednostką organizacyjną świadczeniodawcy.

14. Do rozliczania świadczeń, o których mowa w ust. 13, dopuszcza się świadczeniodawców, którzy uzyskali ocenę niezbędną do uznania spełnienia standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania jednostek diagnostyki patomorfologicznej zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2021 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania jednostek diagnostyki patomorfologicznej (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 75) na poziomie minimum 75% możliwej do uzyskania liczby punktów w projekcie PO WER pn. "Wsparcie procesu poprawy jakości w patomorfologii poprzez wdrożenie standardów akredytacyjnych oraz wzmocnienie kompetencji kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi", przez okres trzech lat od daty wydania przez Ministra Zdrowia Certyfikatu uczestnictwa w tym projekcie.

15. Podstawą finansowania dodatkowych kosztów diagnostyki patomorfologicznej, o których mowa w ust. 13 jest przekazanie przez świadczeniodawcę do właściwego oddziału Funduszu certyfikatów, o których mowa w ust. 13 i 14. Produkty rozliczeniowe dedykowane do finansowania kosztów, o których mowa w zdaniu pierwszym, udostępniane są świadczeniodawcy od miesiąca następującego po miesiącu, w którym świadczeniodawca przekazał certyfikat.

16. Warunkiem rozliczenia świadczeń pogłębionej diagnostyki onkologicznej jest wykonanie zestawu badań pozwalających na określenie zaawansowania choroby nowotworowej, zakończone przekierowaniem świadczeniobiorcy na ustalenie planu leczenia onkologicznego zgodnie z przepisami rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego i wydaniem mu nieodpłatnie kopii dokumentacji medycznej umożliwiającej opracowanie planu leczenia.

17. W celu udokumentowania rozliczeń diagnostycznych pakietów onkologicznych i produktów do sumowania świadczeniodawca zobowiązany jest do dołączenia kopii karty diagnostyki i leczenia onkologicznego do dokumentacji medycznej.

18. Świadczeniodawca udzielający świadczeń diagnostyki onkologicznej, o których mowa w § 11 ust. 2, obowiązany jest wykonać te świadczenia, w terminach nieprzekraczających:

1) 28 dni - w przypadku wykonywania wstępnej diagnostyki onkologicznej, przy czym, odpowiednio:

a) od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących albo

b) od dnia wykonania porady w poradni specjalistycznej, w trakcie której stwierdzono podejrzenie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego i wystawiono kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego

– do dnia uzyskania porady początkowej rozpoczynającej wstępną diagnostykę onkologiczną nie może upłynąć więcej niż 14 dni;

2) 21 dni - w przypadku wykonywania pogłębionej diagnostyki onkologicznej, przy czym, odpowiednio:

a) od dnia:

- zakończenia diagnostyki wstępnej albo

- wykonania porady w poradni specjalistycznej, w trakcie której stwierdzono nowotwór złośliwy lub miejscowo złośliwy i wystawiono kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego

- do dnia wykonania porady początkowej rozpoczynającej pogłębioną diagnostykę onkologiczną nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego nie może upłynąć więcej niż 7 dni, jeżeli jest ona realizowana u tego samego świadczeniodawcy; albo

b) od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących, do dnia wykonania porady początkowej rozpoczynającej pogłębioną diagnostykę onkologiczną nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego nie może upłynąć więcej niż 7 dni w przypadku realizacji przez innego świadczeniodawcę pogłębionej diagnostyki onkologicznej dotyczącej innej lokalizacji nowotworu złośliwego niż będąca podstawą realizacji wstępnej diagnostyki onkologicznej, albo

c) od dnia:

- dokonania wpisu na listę oczekujących świadczeniobiorcy, który posiada kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego wystawioną w oparciu o stwierdzenie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego albo

- wykonania porady w poradni specjalistycznej, w trakcie której stwierdzono nowotwór złośliwy lub miejscowo złośliwy i wystawiono kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, w przypadku realizacji przez innego świadczeniodawcę pogłębionej diagnostyki onkologicznej,

– do dnia udzielenia porady początkowej rozpoczynającej pogłębioną diagnostykę onkologiczną nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego nie może upłynąć więcej niż 7 dni.

19. W przypadku gdy świadczenia diagnostyki onkologicznej nie zostały zrealizowane w terminach, o których mowa w ust. 18, wynoszących odpowiednio 28, 21, 14 i 7 dni, poziom finansowania diagnostyki onkologicznej ulega skorygowaniu do poziomu 70% wartości określonej w **załączniku nr 5c** do zarządzenia.

20. W przypadku gdy decyzja diagnostyczna dotycząca pacjenta pierwszorazowego, rozliczanego w ramach skojarzonego zakresu świadczeń na rzecz pacjentów pierwszorazowych określonego w **załączniku nr 1a** do zarządzenia, została podjęta w ciągu 42 dni od dnia udzielenia porady początkowej i spełnione zostały pozostałe warunki, o których mowa w niniejszym zarządzeniu, wartość rozliczanego świadczenia ulega skorygowaniu z zastosowaniem wskaźnika 1,1.

21. W przypadku udzielania świadczeniobiorcom do ukończenia 3. roku życia świadczeń w poradniach specjalistycznych wskazanych w katalogu:

- 1) ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych, określonym w **załączniku nr 5a** do zarządzenia, z wyłączeniem świadczenia oznaczonego: kodem W02 oraz kodem rozpoczynającym się PPW, PZ i SK, RDP, RDR, a także kodem W40 w zakresie genetyki,
- 2) specjalistycznych świadczeń odrębnych, określonym w **załączniku nr 5b** do zarządzenia z wyłączeniem świadczeń o kodach 5.05.00.0000111, 5.05.00.0000112, 5.05.00.0000113,
- 3) diagnostycznych pakietów onkologicznych, określonym w **załączniku nr 5c** do zarządzenia

– wartość rozliczanego świadczenia ulega skorygowaniu z zastosowaniem współczynnika 1,6.

22. W przypadku udzielania świadczeniobiorcom od 4. roku życia do ukończenia 18. roku życia świadczeń w poradniach specjalistycznych wskazanych w katalogu:

- 1) ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych, określonym w **załączniku nr 5a** do zarządzenia, z wyłączeniem świadczenia oznaczonego: kodem W02 oraz kodem rozpoczynającym się PPW, PZ i SK, RDP, RDR, a także kodem W40 w zakresie genetyki,
- 2) specjalistycznych świadczeń odrębnych, określonym w **załączniku nr 5b** do zarządzenia, z wyłączeniem świadczeń rozliczanych na podstawie faktury zakupu, oraz świadczeń o kodach 5.05.00.0000111, 5.05.00.0000112, 5.05.00.0000113;
- 3) diagnostycznych pakietów onkologicznych, określonych w **załączniku nr 5c** do zarządzenia

– wartość rozliczanego świadczenia ulega skorygowaniu z zastosowaniem współczynnika 1,3.

23. W przypadku udzielania świadczeniobiorcom powyżej 18. roku życia świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych w zakresach: alergologii, endokrynologii, kardiologii i neurologii wartość rozliczanego świadczenia ulega skorygowaniu z zastosowaniem współczynnika 1,8.

24. W przypadku udzielania świadczeniobiorcom do ukończenia 3. roku życia świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych oznaczonych kodem W40 w zakresie genetyki, wartość rozliczanego świadczenia ulega skorygowaniu z zastosowaniem współczynnika 2,0.

25. W przypadku udzielania świadczeniobiorcom w wieku od 4. roku życia do ukończenia 18. roku życia świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych oznaczonych kodem W40 w zakresie genetyki wartość rozliczanego świadczenia ulega skorygowaniu z zastosowaniem współczynnika 1,7.

26. Przepisów ust. 20 i 23 nie stosuje się przy rozliczaniu diagnostycznych pakietów specjalistycznych.

27. W przypadku udzielania świadczeń w zakresach: endokrynologia, endokrynologia dla dzieci, gastroenterologia, gastroenterologia dla dzieci, kardiologia, kardiologia dziecięca, neurochirurgia, neurochirurgia dla dzieci, okulistyka, okulistyka dla dzieci, wartość rozliczanego świadczenia określonego w katalogu ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych, stanowiącym **załącznik nr 5a** do zarządzenia, z wyłączeniem świadczenia oznaczonego kodem W02 lub specjalistycznych świadczeń odrębnych, stanowiącym **załącznik nr 5b** do zarządzenia z wyłączeniem świadczeń o kodach 5.05.00.0000112, 5.05.00.0000113, ulega skorygowaniu z zastosowaniem współczynnika 1,2, pod warunkiem spełnienia jednocześnie następujących warunków:

- 1) średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w kategorii medycznej „przypadek stabilny” z danego okresu sprawozdawczego, mierzony na ostatni dzień okresu sprawozdawczego, uległ skróceniu o nie mniej niż 20%, w stosunku do średniego czasu oczekiwania z okresu sprawozdawczego poprzedzającego bezpośrednio dany okres sprawozdawczy, mierzonego na ostatni dzień okresu sprawozdawczego oraz
- 2) liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym jest większa niż liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w okresie sprawozdawczym bezpośrednio poprzedzającym dany okres sprawozdawczy.

28. Przepis ust. 27 stosuje się do świadczeń udzielanych poza systemem podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

29. W przypadku udzielania świadczeń w zakresie badania rezonansu magnetycznego (RM) wartość rozliczanego świadczenia określonego w katalogu zakresów ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK), stanowiącym **załącznik nr 1b** do zarządzenia, ulega skorygowaniu z zastosowaniem współczynnika 1,05 pod warunkiem spełnienia jednocześnie następujących warunków:

- 1) średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w kategorii medycznej „przypadek stabilny” z danego okresu sprawozdawczego, określony na ostatni dzień okresu sprawozdawczego, uległ skróceniu o nie mniej niż 20%, w stosunku do średniego czasu oczekiwania z okresu sprawozdawczego poprzedzającego bezpośrednio dany okres sprawozdawczy, określonego na ostatni dzień okresu sprawozdawczego;
- 2) liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym jest większa o co najmniej 5% niż liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w okresie sprawozdawczym bezpośrednio poprzedzającym dany okres sprawozdawczy;
- 3) zrealizowania w okresie sprawozdawczym, bezpośrednio poprzedzającym dany okres sprawozdawczy, co najmniej 400 badań RM w danej pracowni.

30. Fundusz nie finansuje świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielonych świadczeniobiorcom objętym KON-Pierś, jeżeli świadczenia te związane są z diagnostyką i monitorowaniem nowotworu piersi.

31. W przypadku wykonywania świadczeń w ramach zakresu skojarzonego ambulatoryjna opieka ze wskazań nagłych (AON), wartość rozliczanych świadczeń ulega skorygowaniu z zastosowaniem współczynnika 1,6.

32. ⁷⁸⁾ Przy rozliczaniu świadczeń w zakresach: chorób metabolicznych, alergologii, diabetologii, endokrynologii, gastroenterologii, hepatologii, geriatrici, hematologii, immunologii, kardiologii, leczenia chorób naczyń, nefrologii, dermatologii i wenerologii, genetyki, neurologii, leczenia bólu, gruźlicy i chorób płuc, reumatologii, chorób zakaźnych, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, leczenia osteoporozy, audiologii i foniatrii oraz w skojarzonych do nich zakresach świadczeń określonych w załączniku nr 1a do zarządzenia, w przypadku gdy w danym kwartale:

- 1) udział procentowy sumy świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, specjalistycznych świadczeń zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literą Z i diagnostycznych pakietów

⁷⁾ Dodany przez § 1 zarządzenia Nr 23/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 1 kwietnia 2025 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

⁸⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 1 zarządzenia Nr 85/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 27 października 2025 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

onkologicznych jest niższy od poziomu mediany ogólnopolskiej rocznej udziału sumy świadczeń pierwszorazowych, specjalistycznych świadczeń zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literą Z i diagnostycznych pakietów onkologicznych oraz

2) wzrost udziału sumy świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, specjalistycznych świadczeń zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literą Z i diagnostycznych pakietów onkologicznych w stosunku do wartości tego udziału w analogicznym kwartale poprzedzającego roku kalendarzowego jest niższy niż 3 punkty procentowe

– wartość świadczeń udzielonych w okresie trzech kolejnych miesięcy następujących po miesiącu od zakończenia danego kwartału, ulega skorygowaniu z zastosowaniem współczynnika 0,75.

33. ⁹⁾¹⁰⁾ Współczynnika, o którym mowa w ust. 32, nie stosuje się do:

- 1) skojarzonego zakresu świadczeń na rzecz pacjentów pierwszorazowych;
- 2) skojarzonego zakresu świadczeń diagnostyki onkologicznej;
- 3) skojarzonego zakresu świadczeń ambulatoryjnej opieki pielęgniarzkiej lub położnej;
- 4) skojarzonego zakresu kwalifikacji do przeszczepu i monitorowania zakwalifikowanych do przeszczepu;
- 5) skojarzonego zakresu ambulatoryjnej opieki ze wskazań nagłych;
- 6) grup zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literami Z lub PZ, wskazanych w Katalogu ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych określonym w załączniku nr 5a do zarządzenia;
- 7) świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom poniżej 18. roku życia;
- 8) świadczeń udzielonych w związku z rozpoznaniem oznaczonym kodem rozpoczynającym się literą C zgodnie z klasyfikacją ICD-10;
- 9) świadczeń udzielonych w związku z rozpoznaniem oznaczonym kodem D45, D46, D47.0-D47.7 zgodnie z klasyfikacją ICD-10;
- 10) świadczeń udzielonych na rzecz pacjentów z chorobami rzadkimi udzielonych w Ośrodkach Eksperymentalnych Chorób Rzadkich w zakresach oraz skojarzonych do nich zakresach świadczeń będących w strukturze OECR z rozpoznaniem określonym równocześnie kodem ICD-10 i kodem ORPHA;
- 11) świadczeń rozliczanych na podstawie faktury zakupu.

34. ¹¹⁾¹²⁾ Udział procentowy sumy świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, specjalistycznych świadczeń zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literą Z i diagnostycznych pakietów onkologicznych, o którym mowa w ust. 32 pkt 1 liczony jest jako iloraz sumy świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, specjalistycznych świadczeń zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literą Z i diagnostycznych pakietów onkologicznych oraz liczby wszystkich świadczeń udzielonych w danym zakresie włączając w to świadczenia udzielone w ramach zakresów skojarzonych.

35. ¹³⁾¹⁴⁾ Mediana ogólnopolska roczna udziału sumy świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, specjalistycznych świadczeń zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literą Z i diagnostycznych pakietów onkologicznych, obliczana jest na podstawie danych sprawozdawczych za rok poprzedni.

36. ¹⁵⁾ Porad początkowych o kodzie: 5.01.28.0000001 (WP1 porada początkowa - świadczenia pierwszorazowe), 5.01.28.0000002 (WP2 porada początkowa - diagnostyka onkologiczna), 5.01.28.0000003 (WP3 porada początkowa - pakiet specjalistyczny) nie uwzględnia się przy stosowaniu przepisów ust. 32, 34 i 35.

§ 13. 1. Udzielenie świadczenia jest potwierdzane przez dokonanie wpisu w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy, zgodnie z odrębnymi przepisami.

⁹⁾ Dodany przez § 1 zarządzenia, o którym mowa w odnośniku 7

¹⁰⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 zarządzenia, o którym mowa w odnośniku 8

¹¹⁾ Dodany przez § 1 zarządzenia, o którym mowa w odnośniku 7

¹²⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 3 zarządzenia, o którym mowa w odnośniku 8

¹³⁾ Dodany przez § 1 zarządzenia, o którym mowa w odnośniku 7

¹⁴⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 4 zarządzenia, o którym mowa w odnośniku 8

¹⁵⁾ Dodany przez § 1 zarządzenia, o którym mowa w odnośniku 7

2. Udzielenie specjalistycznego świadczenia zabiegowego jest potwierdzane przez dokonanie opisu zrealizowanej procedury w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy lub w księdze zabiegów, zgodnie z odrębnymi przepisami.

§ 14.1. W przypadku udzielania świadczeń w zakresie neonatologii, wykonywanych w poradni neonatologicznej, rozliczanie następuje do ukończenia przez dziecko 12. miesiąca życia, z wyjątkiem rozpoznań ICD-10, takich jak:

- 1) H35.1 Retinopatia wcześniaków,
- 2) P05 Opóźniony wzrost płodu i niedożywienie płodu,
- 3) P07.2 Skrajne wcześniactwo,
- 4) P07.3 Inne przypadki wcześniactwa wraz z chorobami towarzyszącymi,
- 5) P21 Zamartwica urodzeniowa,
- 6) P22 Zespół zaburzeń oddychania noworodka,
- 7) P27.1 Dysplazja oskrzelowo-płucna rozpoczynająca się w okresie okołoporodowym,
- 8) P52 Śródczaszkowy nieurazowy krwotok u płodu i noworodka,
- 9) P77 Martwicze zapalenie jelit płodu i noworodka,
- 10) P78.0 Okołoporodowa perforacja jelit,
- 11) P91 Inne zaburzenia mózgowe noworodka,
- 12) Q25.0 Drożny przewód tętniczy,
- 13) Q89.7 Mnogie wrodzone wady rozwojowe niesklasyfikowane gdzie indziej

– w odniesieniu do których możliwe jest rozliczenie tych świadczeń do ukończenia przez dziecko 3. roku życia.

2. W przypadku udzielania świadczeń w zakresie preluksacji rozliczanie następuje do ukończenia przez dziecko 12. miesiąca życia.

3. Przy rozliczaniu świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w poradniach specjalistycznych w danym zakresie, nie dopuszcza się możliwości łącznego rozliczania świadczeń lub poradni ich wielokrotności, wykonywanych w tym samym dniu, u tego samego świadczeniobiorcy, chyba że przepisy w **załączniku nr 5a** do zarządzenia, w kolumnie: Uwagi, lub **załączniku nr 5b lub 5c** do zarządzenia stanowią inaczej.

4. Przy rozliczaniu świadczeń ambulatoryjnej opieki pielęgniarskiej lub położnej przepis ust. 3 stosuje się odpowiednio.

5. Fundusz nie finansuje świadczeń zrealizowanych w zakresach: świadczenia w zakresie chorób wewnętrznych lub świadczenia w zakresie pediatrii, jeżeli w okresie realizacji kontrolnej pohospitalizacyjnej opieki nad świadczeniobiorcą zostały wykonane na jego rzecz świadczenia w innych zakresach AOS, z przyczyn będących podstawą objęcia opieką w ramach świadczeń chorób wewnętrznych lub pediatrii.

6. Przepisy ust. 5 stosuje się także w odniesieniu do świadczeń KAOS.

7. Przepisu ust. 3 nie stosuje się do świadczeń w zakresie:

- 1) onkologii — udzielanych w odniesieniu do tego samego świadczeniobiorcy w jednym dniu w poradni onkologicznej oraz w poradni chemioterapii lub w poradni radioterapii, pod warunkiem, że świadczenia te nie są rozliczane w ramach umów w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie programy lekowej, w zakresie chemioterapii, leczenie szpitalne w zakresach: teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa;
- 2) onkologii — udzielanych w odniesieniu do tego samego świadczeniobiorcy w jednym dniu w poradni ginekologii onkologicznej oraz poradni chemioterapii lub w poradni radioterapii, pod warunkiem, że świadczenia te nie są rozliczane w ramach umów w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie programy lekowej, w zakresie chemioterapii, leczenie szpitalne w zakresach: teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa;

- 3) leczenia AIDS — wykonywanych w jednym dniu, w odniesieniu do tego samego świadczeniobiorcy przez lekarzy specjalistów z różnych dziedzin medycyny, zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu AOS, pod warunkiem, że świadczenia te nie są rozliczane w ramach umów w innych zakresach świadczeń lub innych rodzajach świadczeń.

§ 15. 1. Koszty wykonania niezbędnych badań, z wyłączeniem badań wykonanych w ramach ASDK, jak również wyrobów medycznych i produktów leczniczych zastosowanych w trakcie udzielania świadczeń we wszystkich zakresach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ponosi świadczeniodawca, chyba że z odrębnych przepisów wynika inaczej.

2. Przepisu ust. 1, w zakresie dotyczącym ASDK, nie stosuje się przy rozliczaniu świadczenia o kodzie 5.05.00.0000079 kwalifikacja do przeszczepienia nerki — badania wstępne, określonego w **załączniku nr 5b** do zarządzenia oraz o kodzie 5.37.00.0000009 RDR Reumatologia – diagnostyka rozszerzona, określonego w **załączniku nr 5a** do zarządzenia. Realizacja świadczeń, o których mowa w zdaniu pierwszym, obejmuje także koszt badań ASDK określonych w **załączniku nr 1b** do zarządzenia, jeżeli potrzeba ich wykonania wynika ze stanu klinicznego świadczeniobiorcy.

3. Koszty wykonania diagnostyki onkologicznej, rozliczanej w ramach skojarzonego zakresu świadczeń diagnostyki onkologicznej, w tym w szczególności obejmującej niezbędne badania spośród określonych w **załączniku nr 5c** do zarządzenia, jak również koszty wyrobów medycznych i produktów leczniczych zastosowanych w trakcie jej udzielania, ponosi świadczeniodawca.

4. Koszty wykonania badań tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego, rozliczanych jako świadczenie do sumowania w zakresie hematologii, onkologii i hematologii dziecięcej do świadczenia o kodzie „5.37.00.0000007 SKOZR Skazy krwotoczne – rozszerzona ocena stanu zdrowia”, określonego w **załączniku nr 5a** do zarządzenia, ponosi świadczeniodawca.

§ 16. 1. Świadczenia ASDK są rozliczane, jeżeli badanie wykonane było na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, który:

- 1) realizuje finansowane przez Fundusz świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) lub rehabilitacja lecznicza, lub opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień lub
- 2) realizuje finansowane przez Fundusz świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna w przypadku:
 - a) badań endoskopowych przewodu pokarmowego,
 - b) badań tomografii komputerowej płuc po stwierdzeniu nieprawidłowości w badaniu radiologicznym klatki piersiowej przy wskazaniach do pogłębienia diagnostyki oraz
 - c) badań tomografii komputerowej tętnic wieńcowych przy wskazaniu do diagnostyki w kierunku choroby niedokrwiennej serca

– zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu POZ lub

- 3) realizuje ambulatoryjne porady specjalistyczne, w ramach umów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), w zakres których zostały włączone od dnia rozpoczęcia obowiązywania tych umów świadczenia w rodzaju AOS, lub

- 4) wydał skierowanie na podstawie przepisów § 12 ust. 10 pkt 1 ogólnych warunków umów.

2. Przy rozliczeniu ASDK nie dopuszcza się możliwości łącznego rozliczania w ramach danego zakresu, określonego w kolumnie 3 **załącznika nr 1b** do zarządzenia, świadczeń oznaczonych różnym kodem, jak również wielokrotności świadczeń oznaczonych tym samym kodem, wykonywanych w jednym dniu u tego samego świadczeniobiorcy.

3. Świadczenia ASDK nie mogą być udzielane w celach orzecznich, wyłączonych z finansowania ze środków publicznych przez Fundusz, na podstawie art. 16 ust. 1- 4 ustawy o świadczeniach.

§ 17. 1. Przy wykazywaniu świadczeń do rozliczenia świadczeniodawca obowiązany jest do przestrzegania następujących zasad:

- 1) w przypadku udzielenia więcej niż jednego świadczenia w czasie wykonywania specjalistycznego świadczenia zabiegowego, do rozliczenia wykazuje się wyłącznie jedną grupę świadczeń z katalogu stanowiącego **załącznik nr 5a** do zarządzenia;
 - 2) świadczenia określone w **załączniku nr 1c** do zarządzenia udzielane świadczeniobiorcy objętemu opieką KAOS, w tym: porady specjalistyczne i ASDK, nie są rozliczane odrębnie w ramach innych zakresów świadczeń udzielonych temu samemu świadczeniobiorcy, w sytuacji gdy przyczyną ich wykonania jest rozpoznanie będące podstawą udzielania świadczeń KAOS.
2. Warunkiem finansowania świadczeń KAOS jest udzielanie świadczeń zgodnie z warunkami określonymi w **załączniku nr 1c** do zarządzenia, w sposób ciągły i regularny, z częstotliwością nie mniejszą niż jeden raz na 3 miesiące.
3. W przypadku niespełnienia wymogu określonego w ust. 2, leczenie danego świadczeniobiorcy przestaje być finansowane stawką kapitacyjną. Jednocześnie świadczeniodawca obowiązany jest do wskazania temu świadczeniobiorcy możliwości dalszego leczenia choroby, stanowiącej podstawę dotychczasowej opieki w KAOS, w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Rozdział 4. Przepisy końcowe

§ 18. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna zawarte na podstawie przepisów, o których mowa § 22, przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, zachowują ważność na czas, na jaki zostały zawarte i mogą być zmieniane.

§ 19. Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, stosuje się przepisy dotychczasowe, z tym że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna zawiera się zgodnie ze wzorami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonymi w załącznikach nr 2a-2c do niniejszego zarządzenia.

§ 20. Zobowiązuje się dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia do wprowadzenia niezbędnych zmian wynikających z wejścia w życie przepisów zarządzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami.

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

§ 22. Traci moc zarządzenie Nr 57/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 marca 2023 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

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

**PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Jakub Szulc
z up. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
/dokument podpisany elektronicznie/

KATALOG ZAKRESÓW ŚWIADCZEŃ W PORADNIACH SPECJALISTYCZNYCH¹⁶⁾

lp.	nazwa świadczenia gwarantowanego	warunki realizacji świadczenia zgodne z zał. nr 1 do rozporządzenia AOS	kod zakresu świadczeń w poradniach specjalistycznych	zakresy świadczeń w poradniach specjalistycznych, odpowiadające przedmiotom postępowań o zawarcie umów	skojarzone zakresy świadczeń:							poradnie realizujące zakres świadczeń *	
					pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego/HPV z cytologią płynną (LBC)	kwalifikacja do przeszczepu i monitorowanie zakwalifikowanych do przeszczepu	świadczenia zabiegowe	świadczenia diagnostyki onkologicznej	świadczenia na rzecz pacjentów pierwszorazowych	ambulatoryjna opieka ze wskazań nagłych	ambulatoryjna opieka pielęgnarska lub położnej		
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	
1.	Porada specjalistyczna - choroby metaboliczne	lp. poz.1	02.1008.001.02	świadczenia w zakresie chorób metabolicznych					X			1008	poradnia chorób metabolicznych
2.	Porada specjalistyczna - alergologia	lp. poz.2	02.1010.001.02	świadczenia w zakresie alergologii					X			1010	poradnia alergologiczna
3.	Porada specjalistyczna - alergologia dziecięca	lp. poz.3	02.1011.001.02	świadczenia w zakresie alergologii dla dzieci					X			1011	poradnia alergologiczna dla dzieci
4.	Porada specjalistyczna - diabetologia	lp. poz.4	02.1020.001.02	świadczenia w zakresie diabetologii					X		X	1020	poradnia diabetologiczna
5.	Porada specjalistyczna - diabetologia dla dzieci	lp. poz.5	02.1021.001.02	świadczenia w zakresie diabetologii dla dzieci					X			1021	poradnia diabetologiczna dla dzieci
6.	Porada specjalistyczna - endokrynologia	lp. poz.6	02.1030.001.02	świadczenia w zakresie endokrynologii				X	X			1030	poradnia endokrynologiczna
												1032	poradnia endokrynologiczno - ginekologiczna
												1034	poradnia andrologiczna
												1036	poradnia leczenia niepłodności
												1038	poradnia chorób tarczycy
7.	Porada specjalistyczna - endokrynologia dla dzieci	lp. poz.7	02.1031.001.02	świadczenia w zakresie endokrynologii dla dzieci				X	X			1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
8.	Porada specjalistyczna - gastroenterologia	lp. poz.8	02.1050.001.02	świadczenia w zakresie gastroenterologii			X	X	X			1050	poradnia gastroenterologiczna
9.	Porada specjalistyczna - gastroenterologia dla dzieci	lp. poz.9	02.1051.001.02	świadczenia w zakresie gastroenterologii dla dzieci				X	X			1051	poradnia gastroenterologiczna dla dzieci
10.	Porada specjalistyczna - hepatologia	lp. poz.63	02.1056.001.02	świadczenia w zakresie hepatologii				X	X			1056	poradnia hepatologiczna
11.	Porada specjalistyczna - geriatria	lp. poz.10	02.1060.001.02	świadczenia w zakresie geriatрії					X			1060	poradnia geriatryczna
12.	Porada specjalistyczna - hematologia	lp. poz.11	02.1070.001.02	świadczenia w zakresie hematologii				X	X			1070	poradnia hematologiczna
												1072	poradnia nowotworów krwi
13.	Porada specjalistyczna - onkologia i hematologia dziecięca	lp. poz.12	02.1071.001.02	świadczenia w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej				X	X			1073	poradnia nowotworów krwi dla dzieci
												1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
												1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
												1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
14.	Porada specjalistyczna - immunologia	lp. poz.13	02.1080.001.02	świadczenia w zakresie immunologii					X			1080	poradnia immunologiczna
15.	Porada specjalistyczna - kardiologia	lp. poz.14	02.1100.001.02	świadczenia w zakresie kardiologii					X		X	1100	poradnia kardiologiczna
												1102	poradnia wad serca
												1104	poradnia nadciśnienia tętniczego

¹⁶⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 4 zarządzenia, o którym mowa w odnośniku 2

16.	Porada specjalistyczna - kardiologia dziecięca	lp. poz.15	02.1101.001.02	świadczenia w zakresie kardiologii dziecięcej					X			1101	poradnia kardiologiczna dla dzieci
17.	Porada specjalistyczna - leczenie chorób naczyń	lp. poz.16	02.1120.001.02	świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń					X			1120	poradnia chorób naczyń
18.	Porada specjalistyczna - nefrologia	lp. poz.17	02.1130.001.02	świadczenia w zakresie nefrologii		X		X	X			1130	poradnia nefrologiczna
19.	Porada specjalistyczna - nefrologia dla dzieci	lp. poz.18	02.1131.001.02	świadczenia w zakresie nefrologii dla dzieci		X		X	X			1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
20.	Porada specjalistyczna - toksykologia	lp. poz.19	02.1150.001.02	świadczenia w zakresie toksykologii					X			1150	poradnia toksykologiczna
21.	Porada specjalistyczna - dermatologia i wenerologia	lp. poz.20	02.1200.001.02	świadczenia w zakresie dermatologii i wenerologii				X	X			1200	poradnia dermatologiczna
22.	Porada specjalistyczna - genetyka	lp. poz.21	02.1210.001.02	świadczenia w zakresie genetyki					X			1210	poradnia genetyczna
23.	Porada specjalistyczna - neurologia	lp. poz.22	02.1220.001.02	świadczenia w zakresie neurologii				X	X			1220	poradnia neurologiczna
24.	Porada specjalistyczna - neurologia dziecięca	lp. poz.23	02.1221.001.02	świadczenia w zakresie neurologii dziecięcej				X	X			1221	poradnia neurologii dziecięcej
25.	Porada specjalistyczna - leczenie bólu	lp. poz.24	02.1222.001.02	świadczenia w zakresie leczenia bólu					X			1222	poradnia leczenia bólu
26.	Porada specjalistyczna - onkologia	lp. poz.25	02.1240.001.02	świadczenia w zakresie onkologii				X	X			1242	poradnia chemioterapii
												1460	poradnia ginekologii onkologicznej
												1244	poradnia radioterapii
												1458	poradnia profilaktyki chorób piersi
												1240	poradnia onkologiczna
27.	Porada specjalistyczna – gruźlica i choroby płuc	lp. poz.26	02.1270.001.02	świadczenia w zakresie gruźlicy i chorób płuc				X	X			1270	poradnia gruźlicy i chorób płuc
												1272	poradnia chorób płuc
28.	Porada specjalistyczna - gruźlica i choroby płuc u dzieci	lp. poz.27	02.1271.001.02	świadczenia w zakresie gruźlicy i chorób płuc dla dzieci				X	X			1271	poradnia gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
29.	Porada specjalistyczna - reumatologia	lp. poz.28	02.1280.001.02	świadczenia w zakresie reumatologii					X			1280	poradnia reumatologiczna
30.	Porada specjalistyczna - reumatologia dla dzieci	lp. poz.29	02.1281.001.02	świadczenia w zakresie reumatologii dla dzieci					X			1281	poradnia reumatologiczna dla dzieci
31.	Porada specjalistyczna - choroby zakaźne	lp. poz.30	02.1340.001.02	świadczenia w zakresie chorób zakaźnych					X			1340	poradnia chorób zakaźnych
												1346	poradnia chorób tropikalnych
												1348	poradnia chorób odzwierzęcych i pasożytniczych
32.	Porada specjalistyczna - choroby zakaźne u dzieci	lp. poz.31	02.1341.001.02	świadczenia w zakresie chorób zakaźnych dla dzieci					X			1341	poradnia chorób zakaźnych dla dzieci
33.	Porada specjalistyczna - leczenie osób z AIDS lub nosicieli HIV	lp. poz.32	02.1342.001.02	świadczenia w zakresie leczenia AIDS					X			1342	poradnia profilaktyczno-lecznicza (HIV/AIDS)
34.	Porada specjalistyczna - neonatologia	lp. poz.33	02.1400.001.02	świadczenia w zakresie neonatologii					X			1405	poradnia zaburzeń i wad rozwojowych dzieci
												1421	poradnia neonatologiczna
35.	Porada specjalistyczna - położnictwo i ginekologia	lp. poz.34	02.1450.001.02	świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii	X X		X	X			X	1036	poradnia leczenia niepłodności
												1450	poradnia położniczo - ginekologiczna
												1452	poradnia ginekologiczna
												1454	poradnia patologii ciąży
												1458	poradnia profilaktyki chorób piersi
												1460	poradnia ginekologii onkologicznej
36.	Porada specjalistyczna – ginekologia dla dziewcząt	lp. poz.35	02.1453.001.02	świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt				X				1453	poradnia ginekologiczna dla dziewcząt
37.	Porada specjalistyczna - chirurgia ogólna	lp. poz.36	02.1500.001.02	świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej			X	X			X	1500	poradnia chirurgii ogólnej
												1458	poradnia profilaktyki chorób piersi

38.	Porada specjalistyczna – chirurgia dziecięca	lp. poz.37	02.1501.001.02	świadczenia w zakresie chirurgii dziecięcej			X	X		X**		1501	poradnia chirurgii dziecięcej
39.	Porada specjalistyczna - proktologia	lp. poz.38	02.1506.001.02	świadczenia w zakresie proktologii			X	X				1506	poradnia proktologiczna
40.	Porada specjalistyczna - chirurgia klatki piersiowej	lp. poz.39	02.1520.001.02	świadczenia w zakresie chirurgii klatki piersiowej				X				1520	poradnia chirurgii klatki piersiowej
41.	Porada specjalistyczna - chirurgia onkologiczna	lp. poz.40	02.1540.001.02	świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej			X	X				1540	poradnia chirurgii onkologicznej
42.	Porada specjalistyczna - chirurgia onkologiczna dla dzieci	lp. poz.41	02.1541.001.02	świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej dla dzieci				X				1541	poradnia chirurgii onkologicznej dla dzieci
43.	Porada specjalistyczna - chirurgia plastyczna	lp. poz.62	02.1550.001.02	świadczenia w zakresie chirurgii plastycznej								1550	poradnia chirurgii plastycznej
												1552	poradnia chirurgii ręki
												1554	poradnia leczenia oparzeń
44.	Porada specjalistyczna - kardiochirurgia	lp. poz.42	02.1560.001.02	świadczenia w zakresie kardiochirurgii								1560	poradnia kardiochirurgiczna
45.	Porada specjalistyczna - neurochirurgia	lp. poz.43	02.1570.001.02	świadczenia w zakresie neurochirurgii				X				1570	poradnia neurochirurgiczna
46.	Porada specjalistyczna - neurochirurgia dla dzieci	lp. poz.44	02.1571.001.02	świadczenia w zakresie neurochirurgii dla dzieci				X				1571	poradnia neurochirurgiczna dla dzieci
47.	Porada specjalistyczna - ortopedia i traumatologia narządu ruchu	lp. poz.45	02.1580.001.02	świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu			X	X	X	X**		1580	poradnia chirurgii urazowo - ortopedycznej
48.	Porada specjalistyczna - ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci	lp. poz.46	02.1581.001.02	świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci			X		X	X**		1581	poradnia chirurgii urazowo - ortopedycznej dla dzieci
49.	Porada specjalistyczna - leczenie wad postawy u dzieci i młodzieży	lp. poz.64	02.1583.001.02	świadczenia w zakresie leczenia wad postawy u dzieci i młodzieży					X			1583	poradnia wad postawy
50.	Porada specjalistyczna - leczenie osteoporozy	lp. poz.47	02.1584.001.02	świadczenia w zakresie leczenia osteoporozy					X			1584	poradnia osteoporozy
												1280	poradnia reumatologiczna
												1040	poradnia endokrynologiczna osteoporozy
51.	Porada specjalistyczna - preluskacja	lp. poz.48	02.1587.001.02	świadczenia w zakresie preluksacji								1587	poradnia preluksacyjna
52.	Porada specjalistyczna - okulistyka	lp. poz.49	02.1600.001.02	świadczenia w zakresie okulistyki			X	X		X		1600	poradnia okulistyczna
53.	Porada specjalistyczna – okulistyka dla dzieci	lp. poz.50	02.1601.001.02	świadczenia w zakresie okulistyki dla dzieci				X		X		1601	poradnia okulistyczna dla dzieci
54.	Porada specjalistyczna - leczenie zeza	lp. poz.51	02.1604.001.02	świadczenia w zakresie leczenia zeza					X			1604	poradnia leczenia zeza
55.	Porada specjalistyczna - otolaryngologia	lp. poz.52	02.1610.001.02	świadczenia w zakresie otolaryngologii			X	X				1610	poradnia otorynolaryngologiczna
56.	Porada specjalistyczna - otolaryngologia dziecięca	lp. poz.53	02.1611.001.02	świadczenia w zakresie otolaryngologii dziecięcej				X				1611	poradnia otorynolaryngologiczna dla dzieci
57.	Porada specjalistyczna - audiologia i foniatria	lp. poz.54	02.1612.001.02	świadczenia w zakresie audiologii i foniatrii				X	X			1612	poradnia audiologiczna
												1614	poradnia foniatryczna
58.	Porada specjalistyczna - logopedia	lp. poz.55	02.1616.001.02	świadczenia w zakresie logopedii					X			1616	poradnia logopedyczna
59.	Porada specjalistyczna - chirurgia szczękowo- twarzowa	lp. poz.56	02.1630.001.02	świadczenia w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej			X	X				1630	poradnia chirurgii szczękowo- twarzowej
60.	Porada specjalistyczna - urologia	lp. poz.57	02.1640.001.02	świadczenia w zakresie urologii			X	X				1640	poradnia urologiczna
61.	Porada specjalistyczna - urologia dziecięca	lp. poz.58	02.1641.001.02	świadczenia w zakresie urologii dziecięcej				X				1641	poradnia urologiczna dla dzieci
62.	Porada specjalistyczna - transplantologia	lp. poz.59	02.1650.001.02	świadczenia w zakresie transplantologii								1650	poradnia transplantologiczna
63.	Porada specjalistyczna - medycyna sportowa	lp. poz.60	02.1370.001.02	świadczenia w zakresie medycyny sportowej								1370	poradnia medycyny sportowej
64.	Porada specjalistyczna - leczenie mukowiscydozy	lp. poz.61	02.1276.001.02	świadczenia w zakresie leczenia mukowiscydozy					X			1276	poradnia leczenia mukowiscydozy
65.	Porada specjalistyczna - rzadkie wrodzone wady metabolizmu u dzieci	lp. poz.65	02.1009.001.02	świadczenia w zakresie rzadkich wrodzonych wad metabolizmu u dzieci					X			1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci

66.	Porada specjalistyczna - choroby wewnętrzne	lp. poz.66	02.9000.001.02	świadczenia w zakresie chorób wewnętrznych									zgodnie z rozporządzeniem AOS
67.	Porada specjalistyczna - pediatria	lp. poz.67	02.9001.001.02	świadczenia w zakresie pediatrii									zgodnie z rozporządzeniem AOS
			Uwagi:										
			*	- dopuszcza się kontraktowanie zakresów wym. w kol. 5 w innych komórkach organizacyjnych niż wym. w kol. 13 pod warunkiem, że spełniają one warunki określone w rozporządzeniu AOS - kody nadane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799) - stosuje się odpowiednio do komórek org. wykonujących usługi dla dzieci, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia									
			X**	- dotyczy świadczeniodawców posiadających w lokalizacji aparat RTG i USG									

Załącznik nr 1b do zarządzenia nr 132/2024/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 31 grudnia 2024 r.

KATALOG ZAKRESÓW AMBULATORYJNYCH ŚWIADCZEŃ DIAGNOSTYCZNYCH KOSZTOCHŁONNYCH (ASDK)

lp.	kod zakresu świadczeń	zakresy ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych	kod świadczenia	wykaz świadczeń rozliczanych w ramach zakresu	wartość punktowa	uwagi
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1.	02.0000.073.02	badania medycyny nuklearnej	5.03.00.0000012	scyntygrafia narządowa (nie dotyczy tarczycy)	259	
2.			5.03.00.0000090	radioizotopowe badanie perfuzji mięśnia sercowego techniką SPECT albo techniką bramkowaną SPECT - badanie spoczynkowe	370	
3.			5.03.00.0000091	radioizotopowe badanie perfuzji mięśnia sercowego techniką SPECT albo techniką bramkowaną SPECT - z testem obciążeniowym	416	
4.			5.03.00.0000092	radioizotopowe badanie perfuzji mięśnia sercowego techniką SPECT albo techniką bramkowaną SPECT - badanie spoczynkowe+badanie z testem obciążeniowym	721	
5.			5.03.00.0000093	tomografia emisyjna pojedynczych fotonów (SPECT) - nie obejmuje radioizotopowego badania perfuzji mięśnia sercowego techniką SPECT albo techniką bramkowaną SPECT	342	
6.			5.03.00.0000020	scyntygrafia całego ciała (układ kostny)	388	
7.			5.03.00.0000069	scyntygrafia tarczycy	111	
8.			5.03.00.0000013	limfocyntygrafia	323	
9.	02.7220.072.02	badania tomografii komputerowej (TK)	5.03.00.0000025	TK: badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego	153	wybrany produkt można sumować w zakresie hematologii, onkologii i hematologii dziecięcej z produktem "Skazy krwotoczne – rozszerzona ocena stanu zdrowia"
10.			5.03.00.0000094	TK: badanie głowy ze wzmocnieniem kontrastowym	292	
11.			5.03.00.0000027	TK: badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	340	
12.			5.03.00.0000098	TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	439	
13.			5.03.00.0000070	TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego	159	wybrany produkt można sumować w zakresie hematologii, onkologii i hematologii dziecięcej z produktem "Skazy krwotoczne – rozszerzona ocena stanu zdrowia"
14.			5.03.00.0000095	TK: innej okolicy anatomicznej ze wzmocnieniem kontrastowym	292	
15.			5.03.00.0000071	TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	350	
16.			5.03.00.0000096	TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego	203	
17.			5.03.00.0000115	TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego	300	
18.			5.03.00.0000097	TK: badanie dwóch okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym	369	
19.			5.03.00.0000116	TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym	441	
20.			5.03.00.0000073	TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	468	
21.			5.03.00.0000117	TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	591	
22.			5.03.00.0000099	TK innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	464	
23.			5.03.00.0000088	TK: angiografia (z wyłączeniem angiografii tt. wieńcowych)	411	
24.			5.03.00.0000127	TK: angiografia tętnic wieńcowych ³⁾	621	
25.			5.03.00.0000086	TK: wirtualna kolonoskopia u pacjentów, u których warunki anatomiczne uniemożliwiają wykonanie kolonoskopii tradycyjnej	497	

KATALOG ZAKRESÓW AMBULATORYJNYCH ŚWIADCZEŃ DIAGNOSTYCZNYCH KOSZTOCHŁONNYCH (ASDK)

lp.	kod zakresu świadczeń	zakresy ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych	kod świadczenia	wykaz świadczeń rozliczanych w ramach zakresu	wartość punktowa	uwagi
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
26.			5.03.00.0000087	Badanie kardiologiczne TK (obejmuje badanie morfologii i czynności mięśnia sercowego - także ze wzmocnieniem kontrastowym	667	
27.	02.7250.072.02	badania rezonansu magnetycznego (RM)	5.03.00.0000075	MR badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego	305	wybrany produkt można sumować w zakresie hematologii, onkologii i hematologii dziecięcej z produktem "Skazy krwotoczne – rozszerzona ocena stanu zdrowia"
28.			5.03.00.0000078	MR badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	650	
29.			5.03.00.0000118	MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez wzmocnienia kontrastowego	261	
30.			5.03.00.0000076	MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup bez wzmocnienia kontrastowego	368	
31.			5.03.00.0000119	MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	574	
32.			5.03.00.0000079	MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż odcinek kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	757	
33.			5.03.00.0000100	MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	454	
34.			5.03.00.0000120	MR badanie trzech odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	648	
35.			5.03.00.0000101	MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	898	
36.			5.03.00.0000121	MR badanie trzech odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1195	
37.			5.03.00.0000102	MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	531	
38.			5.03.00.0000122	MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	694	
39.			5.03.00.0000103	MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1078	
40.			5.03.00.0000123	MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1255	
41.			5.03.00.0000105	MR badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	938	
42.			5.03.00.0000077	Angiografia MR bez wzmocnienia kontrastowego	378	
43.			5.03.00.0000104	Angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym - MR	732	
44.			5.03.00.0000106	MR badanie czynnościowe mózgu	987	
45.			5.03.00.0000081	Spektroskopia - MR	853	
46.			5.03.00.0000124	MR Badanie serca - czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego	896	
47.			5.03.00.0000125	MR Badanie serca - czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1315	
48.			5.03.00.0000126	MR badanie piersi	837	

KATALOG ZAKRESÓW AMBULATORYJNYCH ŚWIADCZEŃ DIAGNOSTYCZNYCH KOSZTOCHŁONNYCH (ASDK)

lp.	kod zakresu świadczeń	zakresy ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych	kod świadczenia	wykaz świadczeń rozliczanych w ramach zakresu	wartość punktowa	uwagi
1.	2.	3.	4.	5.	6	7.
49.	02.0000.078.02	badania endoskopowe przewodu pokarmowego - gastroscopia	5.03.00.0000022	gastroskopia diagnostyczna (w przypadku wskazań obejmuje test ureazowy)	185	
50.			5.03.00.0000089	gastroskopia diagnostyczna z biopsją - uwzględnia 1 badanie hist.-pat. ¹⁾	231	
51.			5.03.00.0000008	gastroskopia diagnostyczna z biopsją - uwzględnia 2 lub więcej badań hist.-pat. ¹⁾	294	
52.	02.0000.079.02	badania endoskopowe przewodu pokarmowego - kolonoskopia	5.06.00.0000902	kolonoskopia diagnostyczna	325	
53.			5.06.00.0000903	kolonoskopia diagnostyczna z biopsją (z badaniem hist.-pat.)	468	
54.			5.03.00.0000042	kolonoskopia z polipektomią jednego lub więcej polipów o średnicy do 1 cm, za pomocą pętli diatermicznej (z badaniem hist.-pat.)	1018	
55.	02.7210.172.02	badania echokardiograficzne płodu	5.03.00.0000024	badanie echokardiograficzne płodu z kolorowym obrazowaniem przepływu w przypadku podejrzenia patologii układu krążenia oraz u kobiet z podwyższonym ryzykiem urodzenia dziecka z wadą serca ²⁾	323	

¹⁾ 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.

²⁾ obejmuje badanie z konsultacją specjalistyczną zawierającą co najmniej: wytyczne dotyczące dalszego postępowania, rokowanie, konieczność wykonania badań dodatkowych, zalecenia dotyczące postępowania okołoporodowego.

³⁾ obejmuje badanie z konsultacją lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii z udokumentowanym doświadczeniem obejmującym wykonanie lub samodzielny opis w ostatnim roku kalendarzowym co najmniej 300 koronarografii, w klinicznie uzasadnionym przypadku

Załącznik Nr 1c do zarządzenia Nr 132/2024/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 31 grudnia 2024 r.

KATALOG ZAKRESÓW ŚWIADCZEŃ KOMPLEKSOWEJ AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ (KAOS)

lp.	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	uwagi
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1	02.1020.002.01	kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna nad pacjentem z cukrzycą	realizacja zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu AOS - załącznik nr 1, lp. 5a
2	02.1342.002.01	kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna nad pacjentem zakażonym HIV, leczonym lekami antyretrowirusowymi (ARV)	realizacja zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu AOS - załącznik nr 1, lp. 32a

Załącznik Nr 2a do zarządzenia Nr 132/2024/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 31 grudnia 2024 r.

02/01/AOS/.....
UMOWA Nr/.....
**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
- AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA**

zawarta w, dnia roku, pomiędzy:

**Narodowym Funduszem Zdrowia – reprezentowanym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia,
w imieniu którego działa:** (wskazanie imienia i nazwiska osoby
umocowanej) – (wskazanie stanowiska)
(nazwa oddziału) **Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą
w**

..... (adres),

na podstawie pełnomocnictwa/pełnomocnictw^{1#)} nr z dnia/ i nr z dnia
...../, zwanym dalej „**Funduszem**”

a

..... ,

(oznaczenie świadczeniodawcy: imię i nazwisko albo nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu
art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków
publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn.zm.),

zwanym dalej „**Świadczeniodawcą**”, reprezentowanym przez

.....

PRZEDMIOT UMOWY

§ 1. 1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej,
w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, zwanych dalej „świadczeniami”, w zakresach określonych
w Planie rzeczowo-finansowym, stanowiącym **załącznik nr 1** do umowy.

2. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie:

1) z warunkami udzielania świadczeń określonymi:

a) w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków
publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”,

b) w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia:

- w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wydanym na
podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach,
- w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych wydanym na podstawie
art. 31d ustawy o świadczeniach,
- w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wydanym na
podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, zwanym dalej „Ogólnymi warunkami umów”;

2) ze szczegółowymi warunkami zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka
specjalistyczna, określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie
art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, zwanymi dalej „szczegółowymi warunkami umów”.

3. Świadczeniodawca obowiązany jest zapoznać z przepisami § 12 Ogólnych warunków umów wszystkie osoby, które udzielają świadczeń lub udzielają informacji świadczeniobiorcom o sposobie, trybie oraz zasadach udzielania świadczeń w jego placówce.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2. 1. Świadczenia w poszczególnych zakresach świadczeń udzielane są:

- 1) przez osoby wymienione w **załączniku nr 2** do umowy – „Harmonogram – zasoby”;
- 2) zgodnie z harmonogramem pracy, określonym w **załączniku nr 2** do umowy – „Harmonogram – zasoby”.

2. Dane o potencjale wykonawczym Świadczeniodawcy przeznaczonym do realizacji umowy, będące w jego dyspozycji, określone są w **załączniku nr 2** do umowy – „Harmonogram - zasoby”.

3. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie Świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym **załącznik nr 3** do umowy.

4. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w przepisach, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt 1, przepisach odrębnych i szczegółowych warunkach umów.

5. Dopuszczalne jest zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie niepełnego zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.

6. Umowa zawarta między Świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Narodowego Funduszu Zdrowia do przeprowadzenia kontroli podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach, w zakresie wynikającym z umowy. Fundusz informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.

7. Zaprzestanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w **załączniku nr 3** do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu, najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.

8. Świadczeniodawca obowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji Świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.

9. Aktualizacji danych, o których mowa w ust. 7 i 8, należy dokonywać za pomocą udostępnionych przez Fundusz aplikacji informatycznych, w szczególności Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, na zasadach i warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w umowie upoważniającej do korzystania z tego Portalu.

10. Świadczeniodawca jest obowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.

11. Świadczeniodawca realizujący diagnostykę onkologiczną ma obowiązek umieszczenia na zewnątrz budynku, w którym udzielane są świadczenia, w miejscu ogólnie dostępnym, tablicy ze znakiem graficznym realizatora świadczeń na rzecz pacjentów posiadających kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, według wzoru określonego w **załączniku nr 3** do szczegółowych warunków umów.

12. Tablica, o której mowa w ust. 11, umieszczana jest w bezpośrednim sąsiedztwie ze znakiem graficznym Funduszu.

§ 3. Świadczeniodawca, w okresie realizacji umowy, jest obowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 136b ust. 2 ustawy o świadczeniach.

WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

§ 4. 1. Kwota zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia r. do dnia r. wynosi maksymalnie zł (słownie: zł).

2. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, zawiera środki wynikające z określenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 Ogólnych warunków umów.

3. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków wynikających z określenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 ust. 3 Ogólnych warunków umów, w sposób określony w § 16 ust. 3 i 4, Ogólnych warunków umów, kwota przekazanych Świadczeniodawcy środków podlega zwrotowi.

4. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową, w okresie rozliczeniowym, o których mowa w ust. 1, określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący **załącznik nr 1** do umowy.

5. Należność z tytułu zawartej umowy za realizację świadczeń, Fundusz wypłaca na rachunek bankowy:

Dane posiadacza rachunku bankowego: nr

6. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 5, wymaga uprzednio złożenia przez świadczeniodawcę, w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia albo w formie pisemnej, wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego, którego wzór stanowi **załącznik nr 4** do umowy.

7. ¹⁸⁾ W **załączniku nr 1** do umowy, w zakresie położnictwa i ginekologii wyodrębnia się dla odrębnych skojarzonych zakresów świadczeń kwoty zobowiązania przeznaczone wyłącznie na realizację świadczeń o kodach: 5.05.00.0000060 oraz 5.05.00.0000114, wyszczególnionych w Katalogu specjalistycznych świadczeń odrębnych, stanowiącym **załącznik nr 5b** do szczegółowych warunków umów, wykonywanych w poradniach realizujących świadczenia z zakresu położnictwa i ginekologii.

8. W załączniku nr 1 do umowy, w odniesieniu do świadczeń udzielanych w poradniach specjalistycznych:

1) w zakresach nefrologii oraz nefrologii dla dzieci, wyodrębnia się dla każdego skojarzonego zakresu świadczeń kwotę zobowiązania przeznaczoną wyłącznie na realizację świadczeń o kodzie: 5.05.00.0000064 oraz 5.05.00.0000079, wyszczególnionych w Katalogu specjalistycznych świadczeń odrębnych, stanowiącym **załącznik nr 5b** do szczegółowych warunków umów;

2) w zakresach:

- a) gastroenterologii,
- b) położnictwa i ginekologii,
- c) chirurgii ogólnej,
- d) chirurgii dziecięcej,
- e) proktologii,
- f) chirurgii onkologicznej,
- g) ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
- h) ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci,
- i) okulistyki,
- j) otolaryngologii,
- k) chirurgii szczękowo-twarzowej,
- l) urologii

– wyodrębnia się dla każdego skojarzonego zakresu świadczeń kwotę zobowiązania przeznaczoną wyłącznie na realizację grup świadczeń o kodzie rozpoczynającym się na literę Z, wyszczególnionych w Katalogu ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych, stanowiącym **załącznik nr 5a** do szczegółowych warunków umów.

9. W załączniku nr 1 do umowy, w odniesieniu do świadczeń udzielanych w poradniach specjalistycznych, w zakresach:

- 1) endokrynologii,

¹⁸⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 5 zarządzenia, o którym mowa w odnośniku 2

- 2) endokrynologii dla dzieci,
- 3) gastroenterologii,
- 4) gastroenterologii dla dzieci,
- 5) hepatologii,
- 6) hematologii,
- 7) onkologii i hematologii dziecięcej,
- 8) nefrologii,
- 9) nefrologii dla dzieci,
- 10) dermatologii i wenerologii,
- 11) neurologii,
- 12) neurologii dziecięcej,
- 13) onkologii,
- 14) gruźlicy i chorób płuc,
- 15) gruźlicy i chorób płuc dla dzieci,
- 16) położnictwa i ginekologii,
- 17) ginekologii dla dziewcząt,
- 18) chirurgii ogólnej,
- 19) chirurgii dziecięcej,
- 20) proktologii,
- 21) chirurgii klatki piersiowej,
- 22) chirurgii onkologicznej,
- 23) chirurgii onkologicznej dla dzieci,
- 24) neurochirurgii,
- 25) neurochirurgii dla dzieci,
- 26) ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
- 27) okulistyki,
- 28) okulistyki dla dzieci,
- 29) otolaryngologii,
- 30) otolaryngologii dziecięcej,
- 31) audiologii i foniatrii,
- 32) chirurgii szczękowo-twarzowej,
- 33) urologii,
- 34) urologii dziecięcej

– wyodrębnia się dla każdego skojarzonego zakresu świadczeń kwotę zobowiązania przeznaczoną wyłącznie na realizację diagnostyki onkologicznej w ramach Katalogu diagnostycznych pakietów onkologicznych, stanowiącego **załącznik nr 5c** do szczegółowych warunków umów.

10. W załączniku nr 1 do umowy, w odniesieniu do świadczeń udzielanych w poradniach specjalistycznych, w zakresach:

- 1) chorób metabolicznych,

- 2) alergologii,
- 3) alergologii dla dzieci,
- 4) diabetologii,
- 5) diabetologii dla dzieci,
- 6) endokrynologii,
- 7) endokrynologii dla dzieci,
- 8) gastroenterologii,
- 9) gastroenterologii dla dzieci,
- 10) hepatologii,
- 11) geriatrici,
- 12) hematologii,
- 13) onkologii i hematologii dziecięcej,
- 14) immunologii,
- 15) kardiologii,
- 16) kardiologii dziecięcej,
- 17) leczenia chorób naczyń,
- 18) nefrologii,
- 19) nefrologii dla dzieci,
- 20) toksykologii,
- 21) dermatologii i wenerologii,
- 22) genetyki,
- 23) neurologii,
- 24) neurologii dziecięcej,
- 25) leczenia bólu,
- 26) onkologii,
- 27) gruźlicy i chorób płuc,
- 28) gruźlicy i chorób płuc dla dzieci,
- 29) reumatologii,
- 30) reumatologii dla dzieci,
- 31) chorób zakaźnych,
- 32) chorób zakaźnych dla dzieci,
- 33) leczenia AIDS,
- 34) neonatologii,
- 35) ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
- 36) ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci,
- 37) leczenia wad postawy u dzieci i młodzieży,
- 38) leczenia osteoporozy,
- 39) leczenia zeza,
- 40) audiologii i foniatrii,

- 41) logopedii,
- 42) leczenia mukowiscydozy,
- 43) rzadkich wrodzonych wad metabolizmu u dzieci

– wyodrębnia się dla każdego skojarzonego zakresu świadczeń na rzecz pacjentów pierwszorazowych kwotę zobowiązania przeznaczoną wyłącznie na realizację grup świadczeń o kodzie rozpoczynającym się oznaczeniem W4 lub W5 w ramach Katalogu ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych, stanowiącego załącznik nr 5a do szczegółowych warunków umów oraz o kodzie rozpoczynającym się PS w ramach Katalogu diagnostycznych pakietów specjalistycznych stanowiącego załącznik nr 5e do szczegółowych warunków umów.

11. W załączniku nr 1 do umowy, w odniesieniu do świadczeń udzielanych w poradniach specjalistycznych w zakresach:

- 1) chirurgii dziecięcej,
- 2) ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
- 3) ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci,
- 4) okulistyki,
- 5) okulistyki dla dzieci

– wyodrębnia się dla każdego zakresu skojarzonego kwotę zobowiązania przeznaczoną wyłącznie na realizację świadczeń ambulatoryjnej opieki ze wskazań nagłych (AON) realizowanych na warunkach określonych w zarządzeniu.

12. W załączniku nr 1 do umowy, w odniesieniu do świadczeń udzielanych w poradniach specjalistycznych w zakresach:

- 1) diabetologii,
- 2) kardiologii,
- 3) położnictwa i ginekologii,
- 4) chirurgii ogólnej

– wyodrębnia się dla każdego zakresu skojarzonego kwotę zobowiązania przeznaczoną wyłącznie na realizację świadczeń ambulatoryjnej opieki pielęgniarstwa lub położnej rozliczanej z wykorzystaniem grup o kodach: PPW oraz grup zabiegowych PZ wskazanych w **załączniku nr 5a** do szczegółowych warunków umów.

13. W przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń, o których mowa w:

- 1) ust. 7,
- 2) ust. 8 pkt 2 – w przypadku: ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
- 3) ust. 9,
- 4) ust. 10 – w przypadku: endokrynologii, kardiologii, neurologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
- 5) ust. 11 – w przypadku: ortopedii i traumatologii narządu ruchu

– przekroczy określoną dla nich kwotę zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy, na wniosek Świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie – odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych i kwota zobowiązania w skojarzonych zakresach świadczeń oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

14. W przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń w zakresach:

- 1) alergologii dla dzieci,
- 2) diabetologii dla dzieci,
- 3) endokrynologii dla dzieci,

- 4) gastroenterologii dla dzieci,
- 5) onkologii i hematologii dziecięcej,
- 6) kardiologii dziecięcej,
- 7) nefrologii dla dzieci,
- 8) neurologii dziecięcej,
- 9) gruźlicy i chorób płuc dla dzieci,
- 10) reumatologii dla dzieci,
- 11) chorób zakaźnych dla dzieci,
- 12) neonatologii,
- 13) ginekologii dla dziewcząt,
- 14) chirurgii dziecięcej,
- 15) chirurgii onkologicznej dla dzieci,
- 16) neurochirurgii dla dzieci,
- 17) ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci,
- 18) leczenia wad postawy u dzieci i młodzieży,
- 19) preluksacji,
- 20) okulistyki dla dzieci,
- 21) otolaryngologii dziecięcej,
- 22) urologii dziecięcej,
- 23) rzadkich wrodzonych wad metabolizmu u dzieci,
- 24) pediatrii

– oraz w skojarzonych do nich zakresach świadczeń, przekroczy określoną dla nich kwotę zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy, na wniosek Świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie – odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych i kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

15. Przy rozliczaniu świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom poniżej 18. roku życia w zakresach niededykowanych dzieciom oraz w skojarzonych do nich zakresach świadczeń, po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek Świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie – odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

16. Przy rozliczaniu świadczeń udzielanych w zakresach innych niż wymienione w ust. 13 - 15, po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

17. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, wypełnia zobowiązania Funduszu wynikające z postanowień art. 10f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.).

18. Należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w Ogólnych warunkach umów.

19. Rachunki z tytułu realizacji umowy Świadczeniodawca może przesłać w formie papierowej lub w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia lub System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki - w przypadku świadczeń rozliczanych za pośrednictwem tej aplikacji, zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Funduszu, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności rachunku.

§ 5. Świadczeniodawca jest obowiązany do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:

- 1) rozpoznań według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta (ICD-10),
- 2) procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9)

– w wersjach wskazanych przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy.

KARY UMOWNE

§ 6. 1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną.

2. W przypadku wystawienia recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne objęte refundacją, osobom nieuprawnionym lub przez osobę niebędącą osobą uprawnioną, lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen tych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

3. W przypadku wystawienia zleceń na wyroby medyczne wydawane na zlecenie, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 930), finansowanych w całości lub w części przez Fundusz, osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość kwoty nienależnego finansowania, wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

4. W przypadku niedopełnienia obowiązku dotyczącego uzyskania w Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi e-WUS w celu zapewnienia możliwości realizacji uprawnień świadczeniobiorców wynikających z art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie.

5. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków, wynikających z ustalenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 ust. 3 Ogólnych warunków umów, w sposób określony w § 16 ust. 3 i 4 Ogólnych warunków umów, Fundusz nakłada na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 5% tych środków.

6. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 - 5, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.

7. Fundusz jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 7. 1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia do dnia r.

2. Każda ze stron może rozwiązać umowę za 3 miesięcznym okresem wypowiedzenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8. Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy są sądy powszechne właściwe dla siedziby oddziału wojewódzkiego Funduszu.

§ 9. W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się w szczególności przepisy Ogólnych warunków umów.

§ 10. Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.

§ 11. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Wykaz załączników do umowy:

- 1) załącznik nr 1 do umowy – Plan rzeczowo-finansowy;
- 2) załącznik nr 2 do umowy – Harmonogram-zasoby;
- 3) załącznik nr 3 do umowy – Wykaz podwykonawców;

4) załącznik nr 4 do umowy – Wzór wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego.

PODPISY STRON

.....

.....

.....

Narodowy Fundusz Zdrowia

.....

Świadczeniodawca

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY

rodzaj świadczeń: ambulatoryjna opieka specjalistyczna						wersja		Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego:..... OW NFZ		
Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ										
Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych										
ROK - Kwota zobowiązania razem zł (słownie -)										
ROK - Kwota umowy dla wszystkich okresów sprawozdawczych zł (słownie -)										
Okres rozliczeniowy od..... do.....										
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)		
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)										
Okres rozliczeniowy od..... do.....**										
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)		
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)										
w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem pozycje										
Razem pozycje			Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)
			Styczeń		Luty		Marzec		Kwiecień	
			Maj		Czerwiec		Lipiec		Sierpień	
			Wrzesień		Październik		Listopad		Grudzień	
w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje										
Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu						
Kod miejsca		Nazwa miejsca								
Adres miejsca							TERYT			
				Styczeń	Luty	Marzec				

liczba * cena									
wartość									
			Kwiecień		Maj		Czerwiec		
liczba * cena									
wartość									
			Lipiec		Sierpień		Wrzesień		
liczba * cena									
wartość									
			Październik		Listopad		Grudzień		
liczba * cena									
wartość									
data sporządzenia									
Fundusz***						Świadczeniodawca****			
* Określenie czynności formalno - prawnej, na podstawie której została utworzona pozycja umowy									
** - Kolejne sekcje drukowane dla każdego okresu rozliczeniowego oznaczonego w umowie (o ile w umowie oznaczono więcej niż jeden okres rozliczeniowy)									
*** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem									
**** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem									

HARMONOGRAM - ZASOBY

Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu											
I. Miejsce udzielania świadczeń															
Kod miejsca (a)	Id podwyk. (b)	Nazwa miejsca (c)			Adres miejsca (d)			VII cz.KR*(e)		VIII cz.KR*(f)		Profil IX-X cz.KR*(g)		Status **	
II. Dostępność miejsca udzielania świadczeń															
pn (a)	wt (b)	śr (c)	czw (d)	pt (e)	sob (f)	nd (g)	Obowiązuje od (h)	Obowiązuje do (i)	Status**						
III. Personel															
ID osoby (a)	Nazwisko (b)			Imiona (c)			PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)			St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status **		
Dostępność osoby personelu															
pn (h)	wt (i)	śr (j)	czw (k)	pt (l)	sob (m)	nd (n)	Typ harmonogramu*** (o)		Tyg. lb. godzin (p)	Obowiązuje od (r)	Obowiązuje do (s)				
							p****								
							D****								
IV. Sprzęt															
Id sprzętu (a)	Nazwa sprzętu (b)					Ilość (c)	Nr seryjny (d)	Rok produkcji (e)		Rodzaj dostępności (f)			Dostępny od (g)	Dostępny do (h)	Status **
data sporządzenia															
Fundusz*****							Świadczeniodawca*****								
* KR (Kody resortowe) - kody nadane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2024 poz. 799, z późn.zm.)															
** B - brak zmian, D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto															

*** Typ harmonogramu: P - harmonogram podstawowy, D - harmonogram dodatkowy											
**** drukowany jeśli wypełniony											
***** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem											
***** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem											

WYKAZ PODWYKONAWCÓW**rodzaj świadczeń: ambulatoryjna opieka specjalistyczna**

UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY			
Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
Dane rejestrowe podwykonawcy			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa			
Umowa/promesa			
Data, od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Pozycja/e umowy	
Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Przedmiot świadczeń podwykonywanych	

Opis przedmiotu podwykonawstwa	
--------------------------------	--

data sporządzenia

Fundusz*

Świadczeniodawca**

* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

Załącznik Nr 4 do Załącznika Nr 2a

Miejscowość

Data

Kod Oddziału Wojewódzkiego

Dane Świadczeniodawcy

(źródło – Portal Świadczeniodawcy)

Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego

Wnoszę o podpisanie aneksu do istniejącej umowy, zmieniającego nr rachunku bankowego wskazany w zawartej umowie:	
numer	
w rodzaju	
w zakresie	
na okres	
Nowy pełny numer rachunku bankowego związanego z realizacją umowy	
Dane posiadacza rachunku bankowego:	

Zmiana dotychczasowego nr rachunku bankowego na nowy nastąpi po podpisaniu aneksu do umowy w terminie określonym w aneksie.

Świadczeniodawca*

* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

Załącznik Nr 2b do zarządzenia Nr 132/2024/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 31 grudnia 2024 r.

02/02/AOS/.....

UMOWA Nr/.....

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
- AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA (AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA
DIAGNOSTYCZNE KOSZTOCHŁONNE)**

zawarta w, dnia roku, pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia – reprezentowanym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa: (wskazanie imienia i nazwiska osoby umocowanej) – (wskazanie stanowiska) (nazwa oddziału) **Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w** (adres), na podstawie pełnomocnictwa/pełnomocnictw¹⁹⁾ nr z dnia...../ i nr z dnia...../, zwanym dalej „**Funduszem**”

a

..... ,
(oznaczenie świadczeniodawcy: imię i nazwisko albo nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.),

zwanym dalej „**Świadczeniodawcą**”, reprezentowanym przez

PRZEDMIOT UMOWY

§ 1. 1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne), zwanych dalej „świadczeniami”, w zakresach określonych w Planie rzeczowo-finansowym, stanowiącym załącznik nr 1 do umowy.

2. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie:

1) z warunkami udzielania świadczeń określonymi:

- a) w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”,
- b) w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia:

- w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach,
- w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wydanym na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, zwanym dalej „Ogólnymi warunkami umów”;

2) ze szczegółowymi warunkami zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, zwanymi dalej „szczegółowymi warunkami umów”.

3. Świadczeniodawca obowiązany jest zapoznać z przepisami § 12 Ogólnych warunków umów wszystkie osoby, które udzielają świadczeń lub udzielają informacji świadczeniobiorcom o sposobie, trybie oraz zasadach udzielania świadczeń w jego placówce.

¹⁹⁾ Brak treści przypisu

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2. 1. Świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są:

- 1) przez osoby wymienione w **załączniku nr 2** do umowy – „Harmonogram – zasoby”;
- 2) zgodnie z harmonogramem pracy, określonym w **załączniku nr 2** do umowy – „Harmonogram – zasoby”.

2. Dane o potencjale wykonawczym Świadczeniodawcy przeznaczonym do realizacji umowy, będące w jego dyspozycji, określone są w **załączniku nr 2** do umowy – „Harmonogram - zasoby”.

3. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie Świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym **załącznik nr 3** do umowy.

4. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w przepisach, o których mowa w § 1 w ust. 2 pkt 1, w przepisach odrębnych i szczegółowych warunkach umów.

5. Dopuszczalne jest zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie niepełnego zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.

6. Umowa zawarta między Świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Narodowego Funduszu Zdrowia do przeprowadzenia kontroli podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach, w zakresie wynikającym z umowy. Fundusz informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.

7. Zaprzeszanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w **załączniku nr 3** do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu, najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.

8. Świadczeniodawca obowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji Świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.

9. Aktualizacji danych, o których mowa w ust. 7 i 8 należy dokonywać za pomocą udostępnionych przez Fundusz aplikacji informatycznych, w szczególności Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, na zasadach i warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w umowie upoważniającej do korzystania z tego Portalu.

10. Świadczeniodawca jest obowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.

§ 3. Świadczeniodawca, w okresie realizacji umowy, jest obowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 136b ust. 2 ustawy o świadczeniach.

WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

§ 4. 1. Kwota zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia do dnia r. wynosi maksymalnie zł, (słownie: zł).

2. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, zawiera środki wynikające z określenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 Ogólnych warunków umów.

3. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków wynikających z określenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 ust. 3 Ogólnych warunków umów, w sposób określony w § 16 ust. 3 i 4 Ogólnych warunków umów, kwota przekazanych Świadczeniodawcy środków podlega zwrotowi.

4. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową, w okresie rozliczeniowym, o których mowa w ust. 1, określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący **załącznik nr 1** do umowy.

5. Należność z tytułu zawartej umowy za realizację świadczeń, Fundusz wypłaca na rachunek bankowy:

Dane posiadacza rachunku bankowego: nr

6. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 5, wymaga uprzednio złożenia przez świadczeniodawcę, w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia albo w formie pisemnej, wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego, którego wzór stanowi załącznik nr 4 do umowy.

7. Należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w Ogólnych warunkach umów.

8. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, wypełnia zobowiązania Funduszu wynikające z postanowień art. 10f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.).

9. ²⁰⁾ W przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom powyżej 18. roku życia:

- 1) w zakresach: badania tomografii komputerowej lub badania rezonansu magnetycznego, przekroczy określoną dla nich kwotę zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy, na wniosek Świadczeniodawcy składany do końca miesiąca następującego po zakończeniu okresu rozliczeniowego, w którym nastąpiło to przekroczenie – odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych i kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy, z zastrzeżeniem, że do rozliczenia świadczeń objętych zwiększeniem kwoty zobowiązania, zastosowanie ma współczynnik korygujący 0,5;
- 2) w zakresach: badania endoskopowe przewodu pokarmowego – gastroscopia lub badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia, przekroczy określoną dla nich kwotę zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy, na wniosek Świadczeniodawcy składany do końca miesiąca następującego po zakończeniu okresu rozliczeniowego, w którym nastąpiło to przekroczenie – odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych i kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy, z zastrzeżeniem, że do rozliczenia świadczeń objętych zwiększeniem kwoty zobowiązania, zastosowanie ma współczynnik korygujący 0,6.

10. Przy rozliczaniu świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom poniżej 18. roku życia w zakresach świadczeń ASDK niewymienionych w ust. 9, po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek Świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie – odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

11. Przy rozliczaniu świadczeń udzielanych w zakresach innych niż wymienione w ust. 9 i 10, po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

12. Rachunki z tytułu realizacji umowy Świadczeniodawca może przesłać w formie papierowej lub w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Funduszu, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności rachunku.

§ 5. Świadczeniodawca jest obowiązany do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:

- 1) rozpoznań według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta (ICD-10);
 - 2) procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9),
- w wersjach wskazanych przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy.

KARY UMOWNE

§ 6. 1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną.

²⁰⁾ W brzmieniu ustalonym przez § 1 pkt 2 zarządzenia, o którym mowa w odnośniku 4

2. W przypadku wystawienia recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne objęte refundacją, osobom nieuprawnionym lub przez osobę niebędącą osobą uprawnioną, lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen tych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

3. W przypadku wystawienia zleceń na wyroby medyczne wydawane na zlecenie, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. 2024 poz. 930), finansowanych w całości lub w części przez Fundusz, osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość kwoty nienależnego finansowania wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

4. W przypadku niedopełnienia obowiązku dotyczącego uzyskania w Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi e-WUS w celu zapewnienia możliwości realizacji uprawnień świadczeniobiorców wynikających z art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie.

5. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków, wynikających z ustalenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 ust. 3 Ogólnych warunków umów, w sposób określony w § 16 ust. 3 i 4, Ogólnych warunków umów, Fundusz nakłada na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 5% tych środków.

6. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 - 5, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.

7. Fundusz jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 7. 1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia do dnia r.

2. Każda ze stron może rozwiązać umowę za 3 miesięcznym okresem wypowiedzenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8. Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy są sądy powszechne właściwe dla siedziby oddziału wojewódzkiego Funduszu.

§ 9. W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się w szczególności przepisy Ogólnych warunków umów.

§ 10. Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.

§ 11. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Wykaz załączników do umowy:

- 1) Załącznik nr 1 do umowy – Plan rzeczowo-finansowy;
- 2) Załącznik nr 2 do umowy – Harmonogram-zasoby;
- 3) Załącznik nr 3 do umowy – Wykaz podwykonawców;
- 4) Załącznik nr 4 do umowy – Wzór wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego.

PODPISY STRON

.....

.....

.....

Narodowy Fundusz Zdrowia

.....

Świadczeniodawca

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY

rodzaj świadczeń: ambulatoryjna opieka specjalistyczna - ASDK						wersja		Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego:..... OW NFZ	
Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ									
Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych									
ROK - Kwota zobowiązania razem zł (słownie -)									
ROK - Kwota umowy dla wszystkich okresów sprawozdawczych zł (słownie -)									
Okres rozliczeniowy od..... do.....									
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)	
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)									
Okres rozliczeniowy od..... do.....**									
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)	
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)									
w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem pozycje									
Razem pozycje		Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)
		Styczeń		Luty		Marzec		Kwiecień	
		Maj		Czerwiec		Lipiec		Sierpień	
		Wrzesień		Październik		Listopad		Grudzień	
w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje									
Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu					
Kod miejsca		Nazwa miejsca							
Adres miejsca							TERYT		
				Styczeń	Luty	Marzec			

<i>liczba * cena</i>									
<i>wartość</i>									
				Kwiecień		Maj		Czerwiec	
<i>liczba * cena</i>									
<i>wartość</i>									
				Lipiec		Sierpień		Wrzesień	
<i>liczba * cena</i>									
<i>wartość</i>									
				Październik		Listopad		Grudzień	
<i>liczba * cena</i>									
<i>wartość</i>									
data sporządzenia									
Fundusz***						Świadczeniodawca****			
* Określenie czynności formalno - prawnej, na podstawie której została utworzona pozycja umowy									
** - Kolejne sekcje drukowane dla każdego okresu rozliczeniowego oznaczonego w umowie (o ile w umowie oznaczono więcej niż jeden okres rozliczeniowy)									
*** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem									
**** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem									

HARMONOGRAM - ZASOBY

Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu											
I. Miejsce udzielania świadczeń															
Kod miejsca (a)	Id podwyk. (b)	Nazwa miejsca (c)			Adres miejsca (d)			VII cz.KR*(e)		VIII cz.KR*(f)		Profil IX-X cz.KR*(g)		Status **	
II. Dostępność miejsca udzielania świadczeń															
pn (a)	wt (b)	śr (c)	czw (d)	pt (e)	sob (f)	nd (g)	Obowiązuje od (h)	Obowiązuje do (i)	Status**						
III. Personel															
ID osoby (a)	Nazwisko (b)			Imiona (c)			PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)			St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status **		
Dostępność osoby personelu															
pn (h)	wt (i)	śr (j)	czw (k)	pt (l)	sob (m)	nd (n)	Typ harmonogramu*** (o)		Tyg. lb. godzin (p)	Obowiązuje od (r)	Obowiązuje do (s)				
							P****								
							D****								
IV. Sprzęt															
Id sprzętu (a)	Nazwa sprzętu (b)					Ilość (c)	Nr seryjny (d)	Rok produkcji (e)		Rodzaj dostępności (f)			Dostępny od (g)	Dostępny do (h)	Status **
data sporządzenia															
Fundusz*****							Świadczeniodawca*****								
* KR (Kody resortowe) - kody nadane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2024 poz. 799, z późn. zm.)															
** B - brak zmian, D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto															

*** Typ harmonogramu: P - harmonogram podstawowy, D - harmonogram dodatkowy											
**** drukowany jeśli wypełniony											
***** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem											
***** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem											

WYKAZ PODWYKONAWCÓW**rodzaj świadczeń: ambulatoryjna opieka specjalistyczna - ASDK**

UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY			
Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
Dane rejestrowe podwykonawcy			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa			
Umowa/promesa			
Data, od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Pozycja/e umowy	
Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Przedmiot świadczeń podwykonywanych	

Opis przedmiotu podwykonawstwa	
--------------------------------	--

data sporządzenia

Fundusz*

Świadczeniodawca**

* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

Załącznik Nr 4 do Załącznika Nr 2b

Miejscowość

Data

Kod Oddziału Wojewódzkiego

Dane Świadczeniodawcy

(źródło – Portal Świadczeniodawcy)

Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego

Wnoszę o podpisanie aneksu do istniejącej umowy, zmieniającego nr rachunku bankowego wskazany w zawartej umowie:	
numer	
w rodzaju	
w zakresie	
na okres	
Nowy pełny numer rachunku bankowego związanego z realizacją umowy	
Dane posiadacza rachunku bankowego:	

Zmiana dotychczasowego nr rachunku bankowego na nowy nastąpi po podpisaniu aneksu do umowy w terminie określonym w aneksie.

Świadczeniodawca*

* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

Załącznik Nr 2c do zarządzenia Nr 132/2024/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 31 grudnia 2024 r.

02/03/KAOS/.....
UMOWA Nr/.....
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
- AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA, W ZAKRESIE KOMPLEKSOWEJ
AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ NAD PACJENTEM Z CHOROBA
PRZEWLEKŁĄ (KAOS)

zawarta w, dnia roku, pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia – reprezentowanym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia,
w imieniu którego działa: (wskazanie imienia i nazwiska osoby
umocowanej) – (wskazanie stanowiska)
(nazwa oddziału) **Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą**
w (adres), na podstawie pełnomocnictwa/pełnomocnictw²¹⁾ nr
..... z dnia / i nr z dnia, zwanym dalej „**Funduszem**”

a

.....,
(oznaczenie świadczeniodawcy: imię i nazwisko albo nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu
art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków
publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.)

zwanym dalej „**Świadczeniodawcą**”, reprezentowanym przez

PRZEDMIOT UMOWY

§ 1. 1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z chorobą przewlekłą (KAOS), zwanych dalej „świadczeniami”, w zakresach określonych w planie rzeczowo-finansowym, stanowiącym **załącznik nr 1** do umowy.

2. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie:

1) z warunkami udzielania świadczeń określonymi:

a) w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”,

b) w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia:

- w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach,
- w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wydanym na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, zwanym dalej „Ogólnymi warunkami umów”;

2) ze szczegółowymi warunkami zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, zwanymi dalej „szczegółowymi warunkami umów”.

3. Świadczeniodawca obowiązany jest zapoznać z przepisami § 12 Ogólnych warunków umów wszystkie osoby, które udzielają świadczeń lub udzielają informacji świadczeniobiorcom o sposobie, trybie oraz zasadach udzielania świadczeń w jego placówce.

²¹⁾ Brak treści przypisu

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2. 1. Świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są:

- 1) przez osoby wymienione w załączniku nr 2 do umowy – „Harmonogram – zasoby”;
- 2) zgodnie z harmonogramem pracy, określonym w **załączniku nr 2** do umowy – „Harmonogram – zasoby”.

2. Dane o potencjale wykonawczym Świadczeniodawcy przeznaczonym do realizacji umowy, będące w jego dyspozycji, określone są w **załączniku nr 2** do umowy – „Harmonogram - zasoby”.

3. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie Świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym **załącznik nr 3** do umowy.

4. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w przepisach, o których mowa w § 1 w ust. 2 pkt 1, w przepisach odrębnych i szczegółowych warunkach umów.

5. Dopuszczalne jest zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie niepełnego zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.

6. Umowa zawarta między Świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Narodowego Funduszu Zdrowia do przeprowadzenia kontroli podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach, w zakresie wynikającym z umowy. Fundusz informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.

7. Zaprzeszanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w **załączniku nr 3** do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu, najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.

8. Świadczeniodawca obowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji Świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.

9. Aktualizacji danych, o których mowa w ust. 7 i 8, należy dokonywać za pomocą udostępnionych przez Fundusz aplikacji informatycznych, w szczególności Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, na zasadach i warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w umowie upoważniającej do korzystania z tego Portalu.

10. Świadczeniodawca jest obowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.

§ 3. Świadczeniodawca, w okresie realizacji umowy, jest obowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 136b ust. 2 ustawy o świadczeniach.

WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

§ 4. 1. Kwota zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia r. do dnia r. wynosi maksymalnie zł (słownie: zł).

2. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, zawiera środki wynikające z określenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 Ogólnych warunków umów.

3. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków wynikających z określenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 ust. 3. Ogólnych warunków umów, w sposób określony w § 16 ust. 3 i 4 Ogólnych warunków umów, kwota przekazanych Świadczeniodawcy środków podlega zwrotowi.

4. Wysokość kapitałowej stawki rocznej, liczbę świadczeniobiorców objętych opieką oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową, w okresie rozliczeniowym, o których mowa w ust. 1, określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący **załącznik nr 1** do umowy.

5. W przypadku zmiany liczby świadczeniobiorców objętych opieką, strony dokonają stosownych zmian w **załączniku nr 1** do umowy oraz zmiany kwoty zobowiązania, o której mowa w ust. 1.

6. Należność z tytułu zawartej umowy za realizację świadczeń, Fundusz wypłaca na rachunek bankowy:

Dane posiadacza rachunku bankowego: nr
.....

7. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 6, wymaga uprzednio złożenia przez świadczeniodawcę, w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia albo w formie pisemnej, wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego, którego wzór stanowi **załącznik nr 4** do umowy.

8. Kwota należności z tytułu realizacji umowy, za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi dwunastą część iloczynu liczby świadczeniobiorców i kapitacyjnej stawki rocznej.

9. Należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w Ogólnych warunkach umów.

10. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, wypełnia zobowiązania Funduszu wynikające z postanowień art. 10f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149 poz. 1076, z późn. zm.).

11. Rachunki z tytułu realizacji umowy Świadczeniodawca może przesłać w formie papierowej lub w formie elektronicznej poprzez Portal Funduszu zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Funduszu, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności rachunku.

§ 5. 1. Liczba świadczeniobiorców, o której mowa w § 4 ust. 4, ustalana jest przez Fundusz według stanu na pierwszy dzień miesiąca stanowiącego okres sprawozdawczy na podstawie informacji przekazanej przez świadczeniodawcę, sporządzonej na podstawie posiadanych deklaracji wyboru zawierającej imię i nazwisko, nazwisko rodowe, datę urodzenia, numer PESEL i adres zamieszkania, datę złożenia deklaracji, zgodnie z załącznikiem nr 4 do szczegółowych warunków umów.

2. Informację, o której mowa w ust. 1, świadczeniodawca przekazuje do Funduszu do 7. dnia danego miesiąca w celu weryfikacji. Fundusz przekazuje świadczeniodawcy do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego potwierdzoną informację o zweryfikowanej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką przez świadczeniodawcę. Przekazana informacja stanowi podstawę do finansowania świadczeń za dany okres sprawozdawczy. Po przeprowadzeniu weryfikacji listy wyboru poradni specjalistycznej przez Fundusz, lista ta jest ostateczna za wyjątkiem sytuacji, gdy wyniki przeprowadzonej kontroli wskazują na potrzebę jej ponownej weryfikacji.

3. W przypadku występowania danych identyfikacyjnych tego samego świadczeniobiorcy na listach świadczeniobiorców przedstawionych przez więcej niż jednego świadczeniodawcę, w tym z innego województwa, Fundusz przyporządkowuje świadczeniobiorcę na podstawie deklaracji zawierającej najpóźniejszą datę dokonania wyboru.

4. Listy, o których mowa w ust. 1-2, przekazywane będą w formacie wymiany danych wymaganym przez Fundusz.

5. Lista świadczeniobiorców będzie każdorazowo zawierała informacje o wszystkich świadczeniobiorcach, którzy złożyli deklaracje wyboru do świadczeniodawcy udzielającego świadczeń KAOS.

§ 6. Świadczeniodawca jest obowiązany do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:

- 1) rozpoznań według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta (ICD-10);
- 2) procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9),
– w wersjach wskazanych przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy.

KARY UMOWNE

§ 7. 1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną.

2. W przypadku wystawienia recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne objęte refundacją, osobom nieuprawnionym lub przez osobę niebędącą osobą uprawnioną, lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen tych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

3. W przypadku wystawienia zleceń na wyroby medyczne wydawane na zlecenie, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. 2024 poz. 930, z późn. zm.) finansowanych w całości lub w części przez Fundusz, osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość kwoty nienależnego finansowania wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

4. W przypadku niedopełnienia obowiązku dotyczącego uzyskania w Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi e-WUS w celu zapewnienia możliwości realizacji uprawnień świadczeniobiorców wynikających z art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie.

5. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków, wynikających z ustalenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 ust. 3 Ogólnych warunków umów, w sposób określony w § 16 ust. 3 i 4 Ogólnych warunków umów, Fundusz nakłada na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 5% tych środków.

6. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 - 5, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.

7. Fundusz jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 8. 1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia do dnia r.

2. Każda ze stron może rozwiązać umowę za 3 miesięcznym okresem wypowiedzenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 9. Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy są sądy powszechne właściwe dla siedziby oddziału wojewódzkiego Funduszu.

§ 10. W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się w szczególności przepisy Ogólnych warunków umów.

§ 11. Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.

§ 12. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Wykaz załączników do umowy:

- 1) Załącznik nr 1 do umowy – Plan rzeczowo-finansowy;
- 2) Załącznik nr 2 do umowy – Harmonogram-zasoby;
- 3) Załącznik nr 3 do umowy – Wykaz podwykonawców;
- 4) Załącznik nr 4 do umowy – Wzór wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego.

PODPISY STRON

.....

.....

.....

Narodowy Fundusz Zdrowia

.....

Świadczeniodawca

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY

rodzaj świadczeń: ambulatoryjna opieka specjalistyczna - KAOS						wersja		Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego:..... OW NFZ	
Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ									
Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych									
ROK - Kwota zobowiązania razem zł (słownie -)									
ROK - Kwota umowy dla wszystkich okresów sprawozdawczych zł (słownie -)									
Okres rozliczeniowy od..... do.....									
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)	
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)									
Okres rozliczeniowy od..... do.....**									
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)	
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)									
w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem pozycje									
Razem pozycje		Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)
		Styczeń		Luty		Marzec		Kwiecień	
		Maj		Czerwiec		Lipiec		Sierpień	
		Wrzesień		Październik		Listopad		Grudzień	
w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje									
Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu					
Kod miejsca		Nazwa miejsca							
Adres miejsca							TERYT		
				Styczeń	Luty	Marzec			

<i>liczba * cena</i>									
<i>wartość</i>									
				Kwiecień		Maj		Czerwiec	
<i>liczba * cena</i>									
<i>wartość</i>									
				Lipiec		Sierpień		Wrzesień	
<i>liczba * cena</i>									
<i>wartość</i>									
				Październik		Listopad		Grudzień	
<i>liczba * cena</i>									
<i>wartość</i>									
data sporządzenia									
Fundusz***						Świadczeniodawca****			
* Określenie czynności formalno - prawnej, na podstawie której została utworzona pozycja umowy									
** - Kolejne sekcje drukowane dla każdego okresu rozliczeniowego oznaczonego w umowie (o ile w umowie oznaczono więcej niż jeden okres rozliczeniowy)									
*** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem									
**** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem									

HARMONOGRAM - ZASOBY

Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu											
I. Miejsce udzielania świadczeń															
Kod miejsca (a)	Id podwyk. (b)	Nazwa miejsca (c)			Adres miejsca (d)			VII cz.KR*(e)		VIII cz.KR*(f)		Profil IX-X cz.KR*(g)		Status **	
II. Dostępność miejsca udzielania świadczeń															
pn (a)	wt (b)	śr (c)	czw (d)	pt (e)	sob (f)	nd (g)	Obowiązuje od (h)	Obowiązuje do (i)	Status**						
III. Personel															
ID osoby (a)	Nazwisko (b)			Imiona (c)			PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)			St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status **		
Dostępność osoby personelu															
pn (h)	wt (i)	śr (j)	czw (k)	pt (l)	sob (m)	nd (n)	Typ harmonogramu*** (o)		Tyg. lb. godzin (p)	Obowiązuje od (r)	Obowiązuje do (s)				
							p****								
							D****								
IV. Sprzęt															
Id sprzętu (a)	Nazwa sprzętu (b)					Ilość (c)	Nr seryjny (d)	Rok produkcji (e)		Rodzaj dostępności (f)			Dostępny od (g)	Dostępny do (h)	Status **
data sporządzenia															
Fundusz*****							Świadczeniodawca*****								
* KR (Kody resortowe) - kody nadane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2024 poz. 799, z późn.zm.)															
** B - brak zmian, D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto															

*** Typ harmonogramu: P - harmonogram podstawowy, D - harmonogram dodatkowy											
**** drukowany jeśli wypełniony											
***** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem											
***** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem											

WYKAZ PODWYKONAWCÓW**rodzaj świadczeń: ambulatoryjna opieka specjalistyczna - KAOS**

UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY			
Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
Dane rejestrowe podwykonawcy			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa			
Umowa/promesa			
Data, od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Pozycja/e umowy	
Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Przedmiot świadczeń podwykonywanych	

Opis przedmiotu podwykonawstwa	
--------------------------------	--

data sporządzenia

Fundusz*

Świadczeniodawca**

* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

Załącznik Nr 4 do Załącznika Nr 2c

Miejscowość

Data

Kod Oddziału Wojewódzkiego
Dane Świadczeniodawcy
(źródło – Portal Świadczeniodawcy)

Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego

Wnoszę o podpisanie aneksu do istniejącej umowy, zmieniającego nr rachunku bankowego wskazany w zawartej umowie:										
numer										
w rodzaju										
w zakresie										
na okres										
Nowy pełny numer rachunku bankowego związanego z realizacją umowy										
Dane posiadacza rachunku bankowego:										
Zmiana dotychczasowego nr rachunku bankowego na nowy nastąpi po podpisaniu aneksu do umowy w terminie określonym w aneksie.										
						Świadczeniodawca*				

* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

WZÓR
„LOGO SZYBKIEJ ŚCIEŻKI ONKOLOGICZNEJ”

KSIĘGA ZNAKU

SZYBKA TERAPIA ONKOLOGICZNA

Znak to element identyfikacji wizualnej. Dzięki niepowtarzalnej formie oraz kolorystyce wpływa na jej rozpoznawalność. Konsekwentne stosowanie znaku sprzyja świadomemu budowaniu skutecznej promocji.

Aby zachować spójność projektowanych materiałów, należy bezwzględnie stosować zasady określone w księdze znaku. Używając logo, zawsze należy korzystać z oryginalnych plików. Nie można odtwarzać go samemu.



SZYBKA
TERAPIA
ONKOLOGICZNA

ZNAK



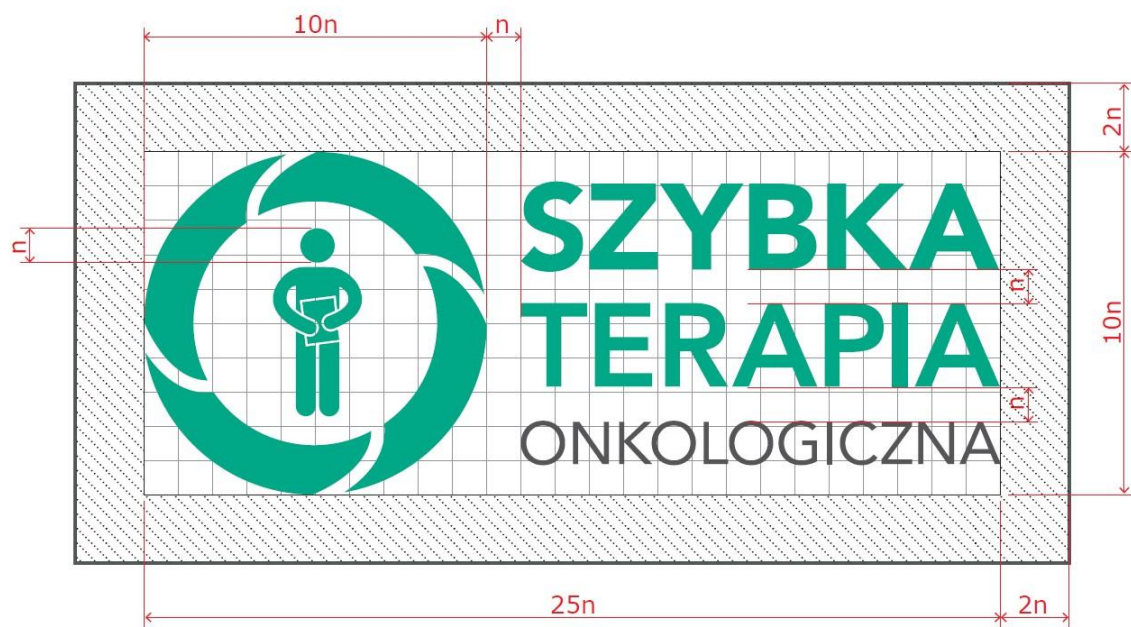
SZYBK TERAPIA ONKOLOGICZNA

Znak SZYBK TERAPIA ONKOLOGICZNA składa się z trzech części:

- elementu graficznego zbudowanego z okręgu – umieszczonego po lewej stronie;
- sylwetki człowieka trzymającego książkę – umieszczonego pośrodku elementu graficznego;
- napisu „Szybka Terapia Onkologiczna” – utworzonego na bazie rodziny fontów Avenir, umieszczonego po prawej stronie.

Wszystkie składowe znaku są nierozdzielne. Nie należy stosować ich osobno ani zmieniać wzajemnych proporcji. Podstawowy obowiązujący wzór logo jest dwubarwny - napis „ONKOLOGICZNY” o barwie szarej i pozostałe elementy logo o barwie zielonej.

SIATKA MODUŁOWA



Umieszczenie znaku na siatce modułowej pozwala określić jego podstawowe proporcje. Są one przydatne podczas skalowania oraz przy wydrukach wielkoformatowych.

Podstawowym modulem, który służy do wyznaczania wzajemnych relacji poszczególnych elementów znaku oraz wielkości pola ochronnego, jest odległość n równa średnicy głowy postaci.

Logotyp jest odsunięty od sygnetu o odległość równą $1n$.

Pole ochronne określa minimalną odległość od znaku innych elementów graficznych, takich jak: ilustracje, teksty, pozostałe „obce” obiekty. Pole ochronne znaku wynosi $2n$.

Proporcje znaku: 25 modułów (poziom), 10 modułów (pion).

MINIMALNY ROZMIAR



SZYBKA TERAPIA ONKOLOGICZNA

←----- szerokość podstawy -----→

Znak może być skalowany z zachowaniem wyznaczonych proporcji, jednak nie może być mniejszy niż wyznaczone wielkości minimalne. Wielkość minimalna zależy od techniki druku. Stosowanie wielkości mniejszych niż przedstawione może sprawić, że znak będzie zniekształcony lub nieczytelny.

Wielkości minimalne:

- OFFSET, DRUK CYFROWY: szerokość podstawy min. 15 mm
- SITODRUK, TAMPODRUK: szerokość podstawy min. 25 mm
- GRAWEROWANIE: szerokość podstawy min. 15 mm
- SITODRUK, TAMPODRUK: szerokość podstawy min. 13 mm
- HAFT: szerokość podstawy min. 50 mm

KOLORYSTYKA



SZYBKA TERAPIA ONKOLOGICZNA

● **PANTONE 334 C**
CMYK 100,0,64,0
RGB 0,147,119
WWW #009377

● **PANTONE 425 C**
CMYK 0,0,0,81
RGB 85,86,88
WWW #555658

Zielony to podstawowa barwa znaku (opisany Pantonem 334 C). Dominuje w identyfikacji wizualnej oraz wszystkich materiałach promocyjnych. Szary (opisany Pantonem 425 C) to barwa uzupełniająca.

WARIANTY ZNAKU

Dopuszczalne są następujące sposoby przedstawienia znaku graficznego:

A. znak dwubarwny;

B. znak jednobarwny;



C. znak o barwie białej, wpisany w zieloną apłę;

D. znak w wersji monochromatycznej.*



* Wersja monochromatyczna może być użyta jedynie ze względu na ograniczenia technologiczne, a nie projektowe (np. w przypadku użytkowania znaku na pieczętce). Barwa znaku – BLACK 100%.

NIEDOZWOLONE UŻYCIE

Jakiegokolwiek deformowanie znaku jest niedopuszczalne. Poniżej znajdują się przykłady zniekształcenia znaku, których w żadnym wypadku nie można stosować.

A. Nieprawidłowe skalowanie (zmiana proporcji) znaku



B. Brak elementów znaku



C. Zmiana położenia elementów znaku



D. Niedozwolone pozycje znaku



E. Umieszczenie znaku na kolorowym tle



wersja 1.1.3

**Deklaracja wyboru
świadczeniodawcy realizującego Kompleksową Ambulatoryjną Opiekę Specjalistyczną
nad Pacjentem z** *

* wpisać nazwę schorzenia, którego dotyczy objęcie opieką

UWAGA: Deklarację należy wypełniać czytelnie, drukowanymi literami

I. Dane osobowe

1. Dane osoby dokonującej wyboru (świadczeniobiorca)		Kod Oddziału NFZ²
(Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego lub Poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń zdrowotnych z ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej)		
(Nazwisko)		
(Imię)	(Nr ewidencyjny PESEL)	
(Nazwisko rodowe)	(Płeć: M/K)	(Data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)
Adres zamieszkania		
(Ulica)		(Nr domu/mieszkania)
(Kod pocztowy)	(Miejscowość)	
(Nazwa gminy)		(Telefon)
Adres do korespondencji (o ile adres zamieszkania jest inny)		
(Ulica)		(Nr domu/mieszkania)
(Kod pocztowy)	(Miejscowość)	(Telefon)
(Nazwa gminy)		(Telefon)

2. Dane osoby dokonującej wyboru reprezentującej świadczeniobiorcę:¹	
(Nazwisko)	(Imię)
(Nr ewidencyjny PESEL)	(Data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)

II. Oświadczenia osoby wypełniającej deklarację:

- Oświadczam, że wszystkie dane osobowe zawarte w I części deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym oraz zobowiązuje się do niezwłocznego informowania świadczeniodawcy o zmianie tych danych.
- Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o tym, że moje dane osobowe zbierane przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w przy ul. są przetwarzane w celach wynikających z art. 188 ustawy o świadczeniach a także o obowiązku ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz o tym, że dane te będą udostępniane podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.

Strona 2

z dnia 31 grudnia 2024 r.

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych

lp.	Kod grupy	Kod produktu	Nazwa ambulatoryjnej grupy świadczeń specjalistycznych / pakietu świadczeń / dedykowanego pakietu świadczeń	Wartość punktowa	Zakresy świadczeń w poradnich specjalistycznych	uwagi	
1.	2.	3.	4.	5.	6. świadczenia w zakresie chorób metabolicznych 7. świadczenia w zakresie alergologii 8. świadczenia w zakresie alergologii dla dzieci 9. świadczenia w zakresie diabetologii 10. świadczenia w zakresie diabetologii dla dzieci 11. świadczenia w zakresie endokrynologii 12. świadczenia w zakresie endokrynologii dla dzieci 13. świadczenia w zakresie gastroenterologii 14. świadczenia w zakresie gastroenterologii dla dzieci 15. świadczenia w zakresie geriatrii 16. świadczenia w zakresie hematologii 17. świadczenia w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej 18. świadczenia w zakresie immunologii 19. świadczenia w zakresie kardiologii dziecięcej 20. świadczenia w zakresie kardiologii chorób naczyń 21. świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń 22. świadczenia w zakresie nefrologii 23. świadczenia w zakresie nefrologii dla dzieci 24. świadczenia w zakresie toksykologii 25. świadczenia w zakresie dermatologii i wenerologii 26. świadczenia w zakresie genetyki 27. świadczenia w zakresie neurologii 28. świadczenia w zakresie neurologii dziecięcej 29. świadczenia w zakresie leczenia bólu 30. świadczenia w zakresie onkologii 31. świadczenia w zakresie leczenia gruźlicy i chorób płuc 32. świadczenia w zakresie gruźlicy i chorób płuc dla dzieci 33. świadczenia w zakresie reumatologii 34. świadczenia w zakresie reumatologii dla dzieci 35. świadczenia w zakresie chorób zakaźnych 36. świadczenia w zakresie chorób zakaźnych dla dzieci 37. świadczenia w zakresie leczenia AIDS 38. świadczenia w zakresie neonatologii 39. świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii 40. świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt 41. świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej 42. świadczenia w zakresie chirurgii dziecięcej 43. świadczenia w zakresie proktologii 44. świadczenia w zakresie chirurgii klatki piersiowej 45. świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej 46. świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej dla dzieci 47. świadczenia w zakresie kardiouchirurgii 48. świadczenia w zakresie neurochirurgii 49. świadczenia w zakresie neurochirurgii dla dzieci 50. świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu 51. świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci 52. świadczenia w zakresie leczenia osteoporozы 53. świadczenia w zakresie preliksacji 54. świadczenia w zakresie okulistyki dla dzieci 55. świadczenia w zakresie okulistyki dla dorosłych 56. świadczenia w zakresie leczenia zęba 57. świadczenia w zakresie otolaryngologii 58. świadczenia w zakresie otolaryngologii dziecięcej 59. świadczenia w zakresie audiologii i foniatry 60. świadczenia w zakresie logopedii 61. świadczenia w zakresie chirurgii szczękowo-łuszczowej 62. świadczenia w zakresie urologii 63. świadczenia w zakresie urologii dziecięcej 64. świadczenia w zakresie transplantologii 65. świadczenia w zakresie medycyny sportowej 66. świadczenia w zakresie leczenia mukowiscydozy 67. świadczenia w zakresie chirurgii plastycznej 68. świadczenia w zakresie hepatologii 69. świadczenia w zakresie leczenia wad postawy u dzieci i młodzieży 70. świadczenia w zakresie praktycznych wad metabolizmu u dzieci 71. świadczenia w zakresie chorób wewnętrznych 72. świadczenia w zakresie pediatrii	6. świadczenia w zakresie chorób metabolicznych 7. świadczenia w zakresie alergologii 8. świadczenia w zakresie alergologii dla dzieci 9. świadczenia w zakresie diabetologii 10. świadczenia w zakresie diabetologii dla dzieci 11. świadczenia w zakresie endokrynologii 12. świadczenia w zakresie endokrynologii dla dzieci 13. świadczenia w zakresie gastroenterologii 14. świadczenia w zakresie gastroenterologii dla dzieci 15. świadczenia w zakresie geriatrii 16. świadczenia w zakresie hematologii 17. świadczenia w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej 18. świadczenia w zakresie immunologii 19. świadczenia w zakresie kardiologii dziecięcej 20. świadczenia w zakresie kardiologii chorób naczyń 21. świadczenia w zakresie leczenia chorób naczyń 22. świadczenia w zakresie nefrologii 23. świadczenia w zakresie nefrologii dla dzieci 24. świadczenia w zakresie toksykologii 25. świadczenia w zakresie dermatologii i wenerologii 26. świadczenia w zakresie genetyki 27. świadczenia w zakresie neurologii 28. świadczenia w zakresie neurologii dziecięcej 29. świadczenia w zakresie leczenia bólu 30. świadczenia w zakresie onkologii 31. świadczenia w zakresie leczenia gruźlicy i chorób płuc 32. świadczenia w zakresie gruźlicy i chorób płuc dla dzieci 33. świadczenia w zakresie reumatologii 34. świadczenia w zakresie reumatologii dla dzieci 35. świadczenia w zakresie chorób zakaźnych 36. świadczenia w zakresie chorób zakaźnych dla dzieci 37. świadczenia w zakresie leczenia AIDS 38. świadczenia w zakresie neonatologii 39. świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii 40. świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt 41. świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej 42. świadczenia w zakresie chirurgii dziecięcej 43. świadczenia w zakresie proktologii 44. świadczenia w zakresie chirurgii klatki piersiowej 45. świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej 46. świadczenia w zakresie chirurgii onkologicznej dla dzieci 47. świadczenia w zakresie kardiouchirurgii 48. świadczenia w zakresie neurochirurgii 49. świadczenia w zakresie neurochirurgii dla dzieci 50. świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu 51. świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci 52. świadczenia w zakresie leczenia osteoporozы 53. świadczenia w zakresie preliksacji 54. świadczenia w zakresie okulistyki dla dzieci 55. świadczenia w zakresie okulistyki dla dorosłych 56. świadczenia w zakresie leczenia zęba 57. świadczenia w zakresie otolaryngologii 58. świadczenia w zakresie otolaryngologii dziecięcej 59. świadczenia w zakresie audiologii i foniatry 60. świadczenia w zakresie logopedii 61. świadczenia w zakresie chirurgii szczękowo-łuszczowej 62. świadczenia w zakresie urologii 63. świadczenia w zakresie urologii dziecięcej 64. świadczenia w zakresie transplantologii 65. świadczenia w zakresie medycyny sportowej 66. świadczenia w zakresie leczenia mukowiscydozy 67. świadczenia w zakresie chirurgii plastycznej 68. świadczenia w zakresie hepatologii 69. świadczenia w zakresie leczenia wad postawy u dzieci i młodzieży 70. świadczenia w zakresie praktycznych wad metabolizmu u dzieci 71. świadczenia w zakresie chorób wewnętrznych 72. świadczenia w zakresie pediatrii	uwagi
32.	PPW1	5.34.00.0000011	PPW1 Świadczenie pielęgniarstwa lub położnej 1	17	X		
33.	PPW2	5.34.00.0000012	PPW2 Świadczenie pielęgniarstwa lub położnej 2	30	X		
34.	PPW3	5.34.00.0000015	PPW3 Świadczenie pielęgniarstwa lub położnej 3	25	X		
73.						Dla każdej zrealizowanej procedury konieczne spełnienie warunków realizacji świadczenia określonych w Rozporządzeniu AOS. Dotyczy porad pielęgniarstwa lub położnej realizowanych w ramach zakresu skierowanego.	
73.						Dla każdej zrealizowanej procedury konieczne spełnienie warunków realizacji świadczenia określonych w Rozporządzeniu AOS. Dotyczy porad pielęgniarstwa lub położnej realizowanych w ramach zakresu skierowanego.	
73.						Dla każdej zrealizowanej procedury konieczne spełnienie warunków realizacji świadczenia określonych w Rozporządzeniu AOS. Dotyczy porad pielęgniarstwa lub położnej realizowanych w ramach zakresu skierowanego.	

[illegible]

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Strona 39

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych Grupy Z i PZ

[illegible]

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych
Grupy - skazy krwotoczne

lp.	Kod grupy	Kod produktu	Nazwa ambulatoryjnej grupy świadczeń specjalistycznych / pakietu świadczeń / dedykowanego pakietu świadczeń	Wartość punktowa	Świadczenia w zakresie:	uwagi
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1.	SKDP1	5.37.00.0000001	SKDP1 Skazy krwotoczne – diagnostyka podstawowa, etap I	731	hematologii onkologii i hematologii dziecięcej	świadczenie ma umożliwić wstępne rozpoznanie większości przypadków osoczowych skaz krwotocznych oraz wykluczenie skazy krwotocznej u osób z odchyleniami w przesiewowych testach układu hemostazy bez znaczącego wywiadu klinicznego.
2.	SKDP2	5.37.00.0000002	SKDP2 Skazy krwotoczne – diagnostyka podstawowa, etap II	370	hematologii onkologii i hematologii dziecięcej	świadczenie ma umożliwić potwierdzenie rozpoznania większości osoczowych skaz krwotocznych (hemofilia A, B, niedobór czynników II, V, VII, X, XI, XIII, choroba von Willebranda typ 1).
3.	SKDP3	5.37.00.0000003	SKDP3 Skazy krwotoczne – diagnostyka podstawowa, etap III	288	hematologii onkologii i hematologii dziecięcej	świadczenie ma umożliwić rozpoznanie skazy krwotocznej w grupie chorych z łagodnym i skapoobjawowym przebiegiem choroby, które najczęściej nie powodują odchyłań w przesiewowych badaniach układu hemostazy.
4.	SKDR1	5.37.00.0000004	SKDR1 Skazy krwotoczne – diagnostyka rozszerzona, etap I	1 048	hematologii onkologii i hematologii dziecięcej	świadczenie ma umożliwić ustalenie rozpoznania u chorych ze złożonymi defektami układu hemostazy, np. typ 2 choroby von Willebranda, nadmierna fibrynoliza, trombocytopatia, czy wrodzona małopłytkowość, wymagającymi wykonania wysokospecjalistycznych badań.
5.	SKDR2	5.37.00.0000005	SKDR2 Skazy krwotoczne – diagnostyka rozszerzona, etap II	455	hematologii onkologii i hematologii dziecięcej	świadczenie to ma umożliwić ostateczne potwierdzenie lub wykluczenie najtrudniejszych diagnostycznie skaz krwotocznych. Produkt dedykowany jest pacjentom, którzy wymagają powtórzenia badań ze względu na możliwość wpływu czynników zewnętrznych lub endogennych (m.in. przyjmowane leki, infekcja) na wyniki badań.
6.	SKOZP	5.37.00.0000006	SKOZP Skazy krwotoczne – podstawowa ocena stanu zdrowia	362	hematologii onkologii i hematologii dziecięcej	* świadczenie ma na celu kontrolę przebiegu skazy krwotocznej, wczesne wykrycie powikłań samej choroby jak i stosowanej terapii oraz ustalenie optymalnego sposobu leczenia. W ramach porady przeprowadza się badanie kliniczne, ocenia się stan narządu ruchu, analizuje częstość i rodzaj wylewów, efektywność terapii, jakość życia. Jeśli istnieje taka konieczność możliwa jest modyfikacja dotychczasowego schematu leczenia, zlecenia dodatkowych konsultacji, czy rehabilitacji, * rozliczane nie częściej niż raz na kwartał.
7.	SKOZR	5.37.00.0000007	SKOZR Skazy krwotoczne – rozszerzona ocena stanu zdrowia	1 198	hematologii onkologii i hematologii dziecięcej	* świadczenie ma umożliwić ocenę ogólnego stanu zdrowia oraz obecności powikłań samej skazy krwotocznej, umożliwiającą podjęcie dalszych decyzji terapeutycznych. Monitorowanie prowadzone jest w szczególności pod kątem chorób układu sercowo-naczyniowego, nowotworowych, osteoporozy. * rozliczane nie częściej niż raz na pół roku, * możliwość dosumowania wybranych świadczeń wskazanych w załączniku nr 1b do zarządzenia. W przypadku realizacji świadczeń wskazanych w załączniku nr 1b do zarządzenia możliwość dosumowania świadczeń wskazanych w załączniku nr 5b do zarządzenia.

Grupy - skazy krwotoczne:

1. Zapewnienie realizacji świadczenia zgodnie z zakresem określonym w Rozporządzeniu AOS.
2. Dla każdej zrealizowanej procedury ICD-9 konieczne jest spełnienie warunków realizacji określonych w Rozporządzeniu AOS.
3. Wykazanie w raporcie statystycznym wszystkich wykonanych w ramach powyższych świadczeń badań.
4. Kolejność etapów w diagnostyce powinna być zachowana, przy czym rozpocząć diagnostykę można od dowolnego etapu w zależności od wykonanych wcześniej badań.
5. W przypadku realizacji badań tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego w ramach "rozszerzonej oceny stanu zdrowia" zasadę braku możliwości łącznego rozliczania świadczeń TK/RM, określoną w zarządzeniu, stosuje się odpowiednio.

Katalog ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych
Grupy - reumatologia

lp.	Kod grupy	Kod produktu	Nazwa ambulatoryjnej grupy świadczeń specjalistycznych / pakietu świadczeń / dedykowanego pakietu świadczeń	Wartość punktowa	Świadczenia w zakresie:	uwagi
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1.	RDP	5.37.00.0000008	RDP Reumatologia – diagnostyka podstawowa	759	reumatologii reumatologii dla dzieci	Rozliczanie maksymalnie 1 raz w roku niezależnie od świadczeniodawcy.
2.	RDR	5.37.00.0000009	RDR Reumatologia – diagnostyka rozszerzona	1223	reumatologii reumatologii dla dzieci	Rozliczanie maksymalnie 1 raz w roku niezależnie od świadczeniodawcy.

Grupy - reumatologia:

1. Dla każdej zrealizowanej procedury ICD-9 konieczne jest spełnienie warunków realizacji określonych w Rozporządzeniu AOS.
2. Zrealizowanie pakietu badań zgodnie z obowiązującymi wytycznymi postępowania medycznego w zakresie diagnostyki chorób reumatologicznych.
3. Wykazanie w raporcie statystycznym wszystkich wykonanych w ramach powyższych świadczeń badań.
4. Kolejność etapów w diagnostyce powinna być zachowana, przy czym rozpocząć diagnostykę można od dowolnego etapu w zależności od wykonanych wcześniej badań.
5. W przypadku realizacji badań endoskopowych oraz tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego w ramach "diagnostyki rozszerzonej" zasadę braku możliwości łącznego rozliczania świadczeń z katalogu ASDK, określoną w zarządzeniu, stosuje się odpowiednio.

KATALOG SPECJALISTYCZNYCH ŚWIADCZEŃ ODREBNYCH						
lp.	kod	nazwa świadczenia rozliczanego	wartość punkтова	Warunki realizacji zgodne z Rozporządzeniem AOS określone w:	Warunki realizacji zgodne z Rozporządzeniem Programy określone w:	Uwagi, odnoszące się do zasad rozliczania i finansowania świadczeń
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1	5.05.00.0000062	badanie przesiewowe w kierunku wczesnego rozpoznania jaskry wykonywane dodatkowo w trakcie porady realizowanej z innych przyczyn	17	zał. Nr 2 IX lp. 24		* finansowanie obejmuje świadczenie uwzględniające opisane pod tabelą procedury * w przypadku kiedy świadczenie spełnia wymogi badania przesiewowego i wykonywane jest dodatkowo - w trakcie porady z innych przyczyn- możliwość sumowania z innym typem porady
2	5.05.00.0000061	badanie przesiewowe w kierunku wczesnego rozpoznania jaskry stanowiące jedyny cel porady	46	zał. Nr 2 IX lp. 24		* finansowanie obejmuje świadczenie uwzględniające opisane pod tabelą procedury * rozliczane w przypadku kiedy świadczenie spełnia wymogi badania przesiewowego i stanowi jedyny cel porady
3	5.05.00.0000077	badanie wzroku w kierunku retinopatii u wcześniaków urodzonych przed 32 tyg. ciąży lub z masą urodzeniową poniżej 1500 g lub niemowląt urodzonych przed 36 tyg. ciąży, z wewnątrzmacicznym zahamowaniem wzrostu płodu leczonych z zastosowaniem intensywnej tlenoterapii i fototerapii	152	zał. Nr 2 IX lp. 25		
4	5.05.00.0000060	pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego	24		zał. Nr 2 lp. 2-etap podstawowy	* świadczenie wykonywane zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu: Programy; * szczegółowe warunki finansowania określone są poniżej tabeli * w przypadku kiedy świadczenie spełnia wymogi badania przesiewowego i wykonywane jest dodatkowo - w trakcie porady z innych przyczyn - możliwość sumowania z innym typem porady, z wyłączeniem diagnostycznych pakietów onkologicznych
5	5.05.00.0000114	pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania HPV z cytologią płynną (LBC)	32		zał. Nr 2 lp. 2-etap podstawowy	* świadczenie wykonywane zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu: Programy; * szczegółowe warunki finansowania określone są poniżej tabeli * w przypadku kiedy świadczenie spełnia wymogi badania przesiewowego i wykonywane jest dodatkowo - w trakcie porady z innych przyczyn - możliwość sumowania z innym typem porady, z wyłączeniem diagnostycznych pakietów onkologicznych
6	5.05.00.0000064	monitorowanie chorych zakwalifikowanych do przeszczepu nerki/trzustki/wątroby	201			finansowanie obejmuje pakiet badań kontrolnych, zgodnie ze wskazaniami klinicznymi, rozliczany nie częściej niż raz na kwartał.
7	5.05.00.0000051	wstępna kompleksowa kwalifikacja do uprawiania sportu	201			finansowanie obejmuje pakiet badań i konsultacji określonych w odrębnych przepisach; porada rozliczana jest tylko raz w stosunku do danego świadczeniobiorcy, niezależnie od podmiotu wykonującego
8	5.05.00.0000052	kompleksowa kwalifikacja do dalszego - po 12 miesiącach - uprawiania sportu	123			finansowanie obejmuje pakiet świadczeń określonych w odrębnych przepisach
9	5.05.00.0000047	monitorowanie skutków leczenia u chorego po przeszczepie nerki	219			finansowanie obejmuje koszty monitorowania poziomu leków immunosupresyjnych oraz pozostałe niezbędne badania
10	5.05.00.0000048	monitorowanie skutków leczenia u chorego po przeszczepie szpiku lub wątroby lub serca i/lub płuca lub trzustki	287			finansowanie obejmuje koszty monitorowania poziomu leków immunosupresyjnych oraz pozostałe niezbędne badania
11	5.05.00.0000079	kwalifikacja do przeszczepienia nerki – badania wstępne	1258			rozliczanie procedury następuje z wykorzystaniem zasad opisanych poniżej tabeli
12	5.05.00.0000080	kwalifikacja potencjalnego biorcy do zabiegu przeszczepienia z określeniem pilności wykonania zabiegu	104			porada wykonywana na warunkach zgodnych z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie sposobu działania ośrodków kwalifikujących do przeszczepienia oraz sposobu kwalifikacji potencjalnego biorcy
13	5.05.00.0000066	posiew z antybiogramem w kierunku Mycobacterium	75	zał. Nr 2 IX lp. 3		* finansowanie za każdy posiew * możliwość sumowania z innym typem porady
14	5.03.00.0000021	wykrywanie RNA/ DNA za pomocą badań molekularnych (PCR/ PFGE)	309	zał. Nr 2 I		
15	5.05.00.0000085	okresowa kompleksowa kwalifikacja do dalszego uprawiania sportu	201			świadczenie rozliczane jako okresowe badanie lekarskie co dwa lata niezależnie od podmiotu wykonującego (zgodnie z wykazem badań i konsultacji określonych w odrębnych przepisach)
16	5.05.00.0000110	Kompleksowa ocena genetyczna w przypadku występowania/podejrzenia rzadkiej choroby genetycznej	114	zał. Nr 1 lp. 21		produkt rozliczeniowy obejmuje: - analizę i aktualizację zebranego wywiadu chorobowego i rodzinnego z konstrukcją graficzną rodowodu, oraz - analizę dotychczasowej dokumentacji medycznej, oraz - analizę wyników badania fizykalnego z uwzględnieniem specyfiki danej choroby rzadkiej, w tym dokładnej oceny dysmorfologicznej (w tym badania antropometryczne), oraz - sporządzenie dokumentacji fotograficznej pacjenta oraz - analizę dokumentacji fotograficznej pacjenta i członków jego rodziny z zastosowaniem programów analizujących cechy dysmorficzne (jeśli ma zastosowanie) oraz - ocenę wyników specjalistycznych analiz genetycznych przeprowadzoną z wykorzystaniem genetycznych baz danych, w szczególności: London Dysmorphology Database, POSSUM, Face2Gene, OMIM oraz - postawienie rozpoznania przyczynowego/rozpoznania klinicznego u pacjenta oraz - określenie ryzyka/prawdopodobieństwa powtórzenia się choroby dla potomstwa i innych krewnych pacjenta oraz - opracowanie pisemnej karty informacyjnej dla pacjenta, zawierającej m.in. informacje na temat rozpoznania, rokowania, wpływu zmiany genetycznej na innych członków rodziny (z uwzględnieniem wskazań do badań genetycznych), dalszego postępowania, w tym postępowania profilaktycznego, a także omówienie zasad dalszego postępowania lekarskiego i rehabilitacyjnego oraz - weryfikację lub nadanie kodu ORPHA (w przypadku potwierdzenia rozpoznania choroby rzadkiej)

17	5.05.00.0000088	świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie do 10. tyg.	229			świadczenie wykonywane zgodnie z postanowieniami określonymi w rozporządzeniu o opiece okołoporodowej. Rozliczenie świadczenia możliwe jest po wykazaniu w raporcie statystycznym świadczeń profilaktycznych, badań diagnostycznych i konsultacji medycznych przypisanych właściwemu terminowi badania wskazanego w rozporządzeniu. Świadczenie nie może być rozliczane w przypadku realizacji umowy, której przedmiotem jest Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży.
18	5.05.00.0000089	świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 11. do 14. tyg	152			
19	5.05.00.0000090	świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 15. do 20. tyg	152			
20	5.05.00.0000091	świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 21. do 26. tyg	181			
21	5.05.00.0000092	świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 27. do 32. tyg	152			
22	5.05.00.0000093	świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 33. do 37. tyg	152			
23	5.05.00.0000094	świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie od 38. do 39. tyg	152			
24	5.05.00.0000095	świadczenie wykonywane u kobiet w ciąży w okresie po 40. tyg	152			
25	5.05.00.0000097	podanie immunoglobuliny anty-RhD pacjentce RhD-ujemnej w 28-30 tygodniu ciąży	1	zał. Nr 3 lp. 483		świadczenie do sumowania w zakresie położnictwo i ginekologia, rozliczane na podstawie faktury (konieczność udokumentowania zakupu faktura/ rachunkiem). Obejmuje koszt immunoglobuliny anty-RhD, dla dawki 300 mcg/2ml (1500 IU), w wysokości uwzględniającej urzędową cenę zbytu, określoną w obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, dla których ustalono urzędową cenę zbytu netto, z uwzględnieniem przepisów ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 930) Wymagane wskazanie procedury wg ICD-9 - 99.111.
26	5.05.00.0000098	świadczenie kontrolne końcowe	6			świadczenie do sumowania wyłącznie z odpowiednią grupą świadczeń kontrolnych pohospitalizacyjnych wskazanych w zał. nr 5a do zarządzenia w zakresach: świadczenia w zakresie choroby wewnętrzne lub w świadczenia w zakresie pediatria. Rozliczane jednorazowo razem z poradą kończącą ambulatoryjną opieką pohospitalizacyjną, obejmującą wskazanie dalszego trybu opieki: - dalsze leczenie przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), - pozostawienie w opiece poradni specjalistycznej, - skierowanie do lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w innej dziedzinie medycyny, - skierowanie do szpitala.
27	5.05.00.0000099	cukrzyca monogenowa - porada korygująca terapię	63	zał. nr 3 lp. 917		rozliczanie maksymalnie dwukrotnie u danego dziecka niezależnie od świadczeniodawcy
28	5.05.00.0000100	cukrzyca monogenowa - konsultacja lekarza specjalisty w dziedzinie genetyki klinicznej	63	zał. nr 3 lp. 917		rozliczanie maksymalnie jednokrotnie niezależnie od świadczeniodawcy
29	5.05.00.0000101	wlew do pęcherza moczowego szczepionki BCG	1	zał. nr 3 lp. 370		świadczenie do sumowania w zakresie: onkologii, leczenia AIDS, urologii, urologii dziecięcej, rozliczane na podstawie faktury (konieczność udokumentowania zakupu faktura/ rachunkiem). Obejmuje koszt produktu leczniczego. Brak możliwości rozliczania z grupą Z114.
30	5.05.00.0000102	ustalenie planu opieki specjalistycznej w ramach POZ	44			* świadczenie do sumowania z odpowiednim diagnostycznym pakietem specjalistycznym, przy przekazaniu pacjenta do objęcia dalszą opieką przez lekarza POZ, w sytuacji zdiagnozowania przewlekłej choroby o stabilnym przebiegu, zgodnie z załącznikiem nr 5f do zarządzenia, * świadczenie do sumowania z odpowiednią grupą świadczeń wskazanych w załączniku nr 5a do zarządzenia kończącą przewlekłą opieką w poradni specjalistycznej nad pacjentem z chorobą przewlekłą o stabilnym przebiegu, przy przekazaniu go do objęcia dalszą opieką przez lekarza POZ, zgodnie z załącznikiem nr 5f do zarządzenia.
31	5.05.00.0000103	ustalenie planu opieki w ramach ambulatoryjnej opieki pielęgniarskiej lub położnej	11	zał. nr 1a lp. 1-4		* świadczenie do sumowania z odpowiednią grupą świadczeń specjalistycznych W lub zabiegowych Z w zakresach: chirurgii ogólnej, diabetologii, kardiologii oraz położnictwa i ginekologii, * świadczenie wykonywane zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu AOS
32	5.05.00.0000106	znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 1	172	zał. nr 7 lp. 1-4		* świadczenie do sumowania z procedurami: 44.161, 44.162, 44.13, 45.231, 45.253, 45.131, 45.16, 45.239, 45.42 w ramach: - zakresów świadczeń: badania endoskopowe przewodu pokarmowego - gastroscopia lub badania endoskopowe przewodu pokarmowego - kolonoskopia, - odpowiednich pakietów diagnostyki wstępnej albo pogłębionej: nowotwory górnego odcinka układu pokarmowego, nowotwory dolnego odcinka układu pokarmowego, - 5.37.00.0000009 - RDR Reumatologia – diagnostyka rozszerzona, * świadczenie do sumowania z procedurą 60.113 w ramach: - świadczenia zabiegowego Z32, - odpowiedniego pakietu diagnostyki wstępnej albo pogłębionej: nowotwory gruczołu krokowego, * świadczenie do sumowania z procedurą badania tomografii komputerowej (TK) w ramach: - zakresu świadczeń: badania tomografii komputerowej (TK), - pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębionej, - 5.05.00.0000079 - kwalifikacja do przeszczepienia nerki – badania wstępne, - 5.37.00.0000007 - SKOZR Skazy krwotoczne – rozszerzona ocena stanu zdrowia, - 5.37.00.0000009 - RDR Reumatologia – diagnostyka rozszerzona, 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 płaświczego lub parkinsonowskiego). * wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12

33	5.05.00.0000107	znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 2	270	zał. nr 7 lp. 1-4	* świadczenie do sumowania z procedurą badania rezonansu magnetycznego (RM) w ramach: - zakresu świadczeń: badania rezonansu magnetycznego (RM), - pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębionej, - 5.05.00.0000079 - kwalifikacja do przeszczepienia nerki – badania wstępne, - 5.37.00.0000007 - SKOZR Skazy krwotoczne – rozszerzona ocena stanu zdrowia, - 5.37.00.0000009 - RDR Reumatologia – diagnostyka rozszerzona, Kryteria kwalifikacji do świadczeń rezonansu magnetycznego (RM) 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 płaświczego lub parkinsonowskiego). * wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12
34	5.05.00.0000105	konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego	75	zał. nr 1 lp. 68	* świadczenie do sumowania z procedurami: 44.161, 44.162, 44.13, 45.231, 45.253, 45.131, 45.16, 45.239, 45.42 w ramach: - zakresów świadczeń: badania endoskopowe przewodu pokarmowego - gastroskopia lub badania endoskopowe przewodu pokarmowego - kolonoskopia, - odpowiednich pakietów diagnostyki wstępnej albo pogłębionej: nowotwory górnego odcinka układu pokarmowego, nowotwory dolnego odcinka układu pokarmowego, - 5.37.00.0000009 - RDR Reumatologia – diagnostyka rozszerzona, * świadczenie do sumowania z procedurą 60.113 w ramach: - świadczenia zabiegowego Z32, - odpowiedniego pakietu diagnostyki wstępnej albo pogłębionej: nowotwory gruczołu krokowego, * świadczenie do sumowania z procedurami badań tomografii komputerowej (TK) lub rezonansu magnetycznego (RM) w ramach: - zakresów świadczeń: badania tomografii komputerowej (TK) lub badania rezonansu magnetycznego (RM), - pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębionej, - 5.05.00.0000079 - kwalifikacja do przeszczepienia nerki – badania wstępne, - 5.37.00.0000007 - SKOZR Skazy krwotoczne – rozszerzona ocena stanu zdrowia, - 5.37.00.0000009 - RDR Reumatologia – diagnostyka rozszerzona, Kryteria kwalifikacji do świadczeń tomografii komputerowej (TK) lub rezonansu magnetycznego (RM) w znieczuleniu określono przy produktach o kodzie: 5.05.00.0000106 albo 5.05.00.0000107. * 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. 2022 poz. 392), rozliczeniu podlega porada, która odbyła się co najmniej 2 dni przed datą wykonania badania.
35	5.05.00.0000111	Kompleksowa ocena genetyczna w przypadku występowania rzadkiej choroby genetycznej realizowana w Ośrodku Ekspertkim Chorób Rzadkich (OECR)	326	zał. Nr 1 lp. 21	*produkt rozliczeniowy obejmuje: - analizę i aktualizację zebranego wywiadu chorobowego i rodzinnego z konstrukcją graficzną rodowodu, oraz - analizę dotychczasowej dokumentacji medycznej, oraz - analizę wyników badania fizykalnego z uwzględnieniem specyfiki danej choroby rzadkiej, w tym dokładnej oceny dysmorfologicznej (w tym badań antropometrycznych), oraz - sporządzenie dokumentacji fotograficznej pacjenta (jeżeli nie została sporządzona wcześniej), oraz - analizę dokumentacji fotograficznej pacjenta i członków jego rodziny z zastosowaniem programów analizujących cechy dysmorficzne (jeśli ma zastosowanie) oraz - ocenę wyników specjalistycznych analiz genetycznych przeprowadzoną z wykorzystaniem genetycznych baz danych, w szczególności: London Dysmorphology Database, POSSUM, Face2Gene, OMIM oraz - ocenę wyników wysokoprzepustowych badań genomowych z zastosowaniem specjalistycznych baz danych genomowych w szczególności: Decipher, HPO, HGMD, ClinVar, gnomAD oraz ocenę korelacji genotyp-fenotyp na podstawie bieżącego piśmiennictwa światowego i z wykorzystaniem genetycznych baz danych, takich jak OMIM, Orphanet, HPO, HGMD, ClinVar (jeśli zostały wykonane), oraz - postawienie rozpoznania przyczynowego u pacjenta oraz - określenie ryzyka/prawdopodobieństwa powtórzenia się choroby dla potomstwa i innych krewnych pacjenta oraz - opracowanie pisemnej karty informacyjnej dla pacjenta, zawierającej m.in. informacje na temat rozpoznania, rokowania, wpływu zmiany genetycznej na innych członków rodziny (z uwzględnieniem wskazań do badań genetycznych), dalszego postępowania, w tym postępowania profilaktycznego, a także omówienie zasad dalszego postępowania lekarskiego i rehabilitacyjnego, - weryfikację lub nadanie kodu ORPHA; uzasadnienie *rozliczanie w poradni genetycznej będącej w strukturze OECR; *rozliczanie jeden raz w przebiegu opieki nad pacjentem; *rozliczanie w przypadku pacjenta z rozpoznaniem klinicznym lub genetycznym choroby rzadkiej zakodowanym kodem ORPHA *w przypadku osób powyżej 18 r. ż. dotyczy chorób nieonkologicznych
36	5.05.00.0000112	Kompleksowa ocena specjalistyczna u pacjenta z chorobą rzadką - konsultacja realizowana w Ośrodku Ekspertkim Chorób Rzadkich (OECR)	193		*produkt rozliczeniowy obejmuje: - zebranie wywiadu chorobowego i rodzinnego, oraz - analizę dotychczasowej dokumentacji medycznej, oraz - sporządzenie dokumentacji fotograficznej pacjenta (jeśli dotyczy - tj. stwierdzane są szczególne cechy fenotypu i jeżeli nie została sporządzona wcześniej), oraz - badanie fizykalne pacjenta z uwzględnieniem badania internistycznego oraz badania narządowo-specyficznego, np. badania neurologicznego, oceny narządu ruchu, oraz - opracowanie pisemnej karty informacyjnej dla pacjenta, zawierającej m.in. informacje na temat rozpoznania ostatecznego lub wstępnego, rokowania, dalszego postępowania, w tym postępowania profilaktycznego, opieki proaktywnej, jeśli dotyczy, a także omówienie zasad dalszego postępowania lekarskiego i rehabilitacyjnego - postawienie rozpoznania klinicznego u pacjenta oraz - weryfikację lub nadanie kodu ORPHA; uzasadnienie *rozliczanie w poradni specjalistycznej będącej w strukturze OECR; *rozliczanie jeden raz w OECR danej specjalności; *rozliczanie w przypadku pacjenta z rozpoznaniem klinicznym lub genetycznym choroby rzadkiej, zakodowanym kodem ORPHA zgodnym z obszarem ekspertkim poradni specjalistycznej *w przypadku osób powyżej 18 r. ż. dotyczy chorób nieonkologicznych

37	5.05.00.0000113	Kontrolna ocena stanu zdrowia pacjenta z chorobą rzadką - konsultacja specjalistyczna realizowana w Ośrodku Ekspertkim Chorób Rzadkich (OECR)	145			*produkt rozliczeniowy obejmuje: - aktualizację wywiadu chorobowego dotyczącą okresu od poprzedniej wizyty w tym: analizę powstałej w tym czasie dokumentacji medycznej, wyników badań diagnostycznych, postępowania lekarskiego i rehabilitacyjnego - przygotowanie pisemnej opinii o stanie zdrowia pacjenta i zalecanym postępowaniu dla lekarza POZ lub innego lekarza kierującego *rozliczanie w poradni specjalistycznej będącej w strukturze OECR; *rozliczanie nie częściej niż raz na 12 miesięcy; *rozliczanie w przypadku pacjenta z rozpoznaniem klinicznym lub genetycznym choroby rzadkiej, zakodowanej kodem ORPHA zgodnym z obszarem eksperckim poradni specjalistycznej, niewymagającego stałego leczenia w OECR. *w przypadku osób powyżej 18 r.ż. dotyczy chorób nieonkologicznych
----	-----------------	---	-----	--	--	--

· Lp. 1 i 2 badania przesiewowe w kierunku wczesnego wykrywania jaskry

Produkt rozliczeniowy uwzględnia wykonanie wymienionych niżej procedur:

1. przeprowadzenie wywiadu w kierunku jaskry;
2. przeprowadzenie edukacji zdrowotnej w zakresie profilaktyki i objawów jaskry;
3. badanie okulistyczne przedniego i tylnego odcinka gałki ocznej z dokładną, stereoskopową oceną tarczy nerwu wzrokowego;
4. badanie ciśnienia śródgałkowego- metodą tonometrii aplanacyjnej Goldmana lub tonometrii impresyjnej Schotza (zalecane także wykonanie pomiaru centralnej grubości rogówki);
5. badanie kąta przesączania- gonioskopia przy użyciu trójlustra Goldmana;
6. określenie trybu dalszego postępowania, w zależności od wyniku badania.

· Lp. 4 pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego

Produkt rozliczeniowy uwzględnia co najmniej:

1. zarejestrowanie, nie później niż w dniu badania, w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki (SIMP) z jednoczesną weryfikacją kwalifikacji do objęcia skryningiem kobiety z populacji wskazanej w lp. 2 załącznika do rozporządzenia Programy, oraz wypełnienie ankiety w SIMP;
2. pobranie materiału do badania i przygotowanie preparatu (w przypadku, kiedy próbka nie nadaje się do oceny mikroskopowej, świadczeniodawca zobowiązany jest poinformować o tym pacjentkę i ponownie pobrać materiał do badania. Dopuszcza się odsetek rozmazów nie nadających się do oceny na poziomie 1%). Procentowe zestawienie jakości rozmazów przedstawione jest w raporcie „Analiza wyników badań cytologicznych” w SIMP. Parametr ten monitorowany jest przez oddział wojewódzki Funduszu nie rzadziej niż co 6 miesięcy;
3. przeprowadzenie edukacji w zakresie prewencji nowotworu szyjki macicy;
4. wysłanie preparatu do pracowni diagnostycznej wyłonionej przez Fundusz w drodze postępowania poprzedzającego zawarcie umów na realizację etapu diagnostycznego Programu profilaktyki raka szyjki macicy. Oddział wojewódzki NFZ właściwy terytorialnie dla siedziby świadczeniodawcy zobowiązany jest udostępnić listę pracowni realizujących etap diagnostyczny.
Wysyłany preparat musi być opisany w sposób umożliwiający identyfikację pacjentki w SIMP, np. w oparciu o nr badania nadany przez SIMP lub nr PESEL;
5. w przypadku nieprawidłowego wyniku, konieczne jest poinformowanie pacjentki, wydanie wyniku wraz z decyzją, co do dalszego postępowania – skierowanie do odpowiedniego podmiotu realizującego świadczenia zdrowotne w ramach Etapu pogłębionej diagnostyki Programu jeżeli konieczna jest weryfikacja wstępnego rozpoznania lub objęcie leczeniem;
6. wpisanie zaleceń dla pacjentki odnośnie dalszego trybu postępowania w aplikacji SIMP.

· Lp. 5 pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania HPV z cytologią płynną (LBC)

Produkt rozliczeniowy uwzględnia co najmniej:

1. zarejestrowanie, nie później niż w dniu badania, w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki (SIMP) z jednoczesną weryfikacją kwalifikacji do objęcia skryningiem kobiety z populacji wskazanej w lp. 2 załącznika do rozporządzenia Programy, oraz wypełnienie ankiety w SIMP;
2. pobranie materiału do badania z wykorzystaniem zwalidowanego podłoża płynnego do realizacji zarówno badań HPV HR, jak i LBC (w przypadku, kiedy wynik jest niediagnostyczny, świadczeniodawca zobowiązany jest poinformować o tym pacjentkę i ponownie pobrać materiał do badania. Dopuszcza się odsetek preparatów nie nadających się do oceny na poziomie 1%). Procentowe zestawienie jakości preparatów przedstawione jest w raporcie „Analiza wyników badań cytologicznych” w SIMP. Parametr ten monitorowany jest przez oddział wojewódzki Funduszu nie rzadziej niż co 6 miesięcy;
3. przeprowadzenie edukacji w zakresie prewencji nowotworu szyjki macicy;
4. wysłanie materiału do pracowni diagnostycznej wyłonionej przez Fundusz w drodze postępowania poprzedzającego zawarcie umów na realizację etapu diagnostycznego Programu profilaktyki raka szyjki macicy. Oddział wojewódzki NFZ właściwy terytorialnie dla siedziby świadczeniodawcy zobowiązany jest udostępnić listę pracowni realizujących etap diagnostyczny.
Wysyłany materiał musi być opisany w sposób umożliwiający identyfikację pacjentki w SIMP, np. w oparciu o nr badania nadany przez SIMP lub nr PESEL;
5. w przypadku nieprawidłowego wyniku, konieczne jest poinformowanie pacjentki, wydanie wyniku wraz z decyzją, co do dalszego postępowania – skierowanie do odpowiedniego podmiotu realizującego świadczenia zdrowotne w ramach Etapu pogłębionej diagnostyki Programu jeżeli konieczna jest weryfikacja wstępnego rozpoznania lub objęcie leczeniem;
6. wpisanie zaleceń dla pacjentki odnośnie dalszego trybu postępowania w aplikacji SIMP.

· Lp. 10 kwalifikacja do przeszczepienia nerki - badanie wstępne

Produkt rozliczeniowy uwzględnia spełnienie poniższych warunków:

1. rozliczanie jeden raz u danego świadczeniobiorcy z rozpoznąną schyłkową niewydolnością nerek - bez względu na rodzaj świadczeń. Przy kwalifikacji do kolejnego przeszczepu, warunek stosuje się odpowiednio;
2. zrealizowanie pakietu badań zgodnie z obowiązującymi wytycznymi postępowania medycznego w dziedzinie transplantologii klinicznej oraz nefrologii;
3. zapewnienie i wykonanie w ramach procedury niezbędnych porad specjalistycznych związanych z kwalifikacją do przeszczepu nerki;
4. wykazanie w raporcie statystycznym wszystkich wykonanych w ramach tego świadczenia badań oraz porad specjalistycznych;
5. dokumentacja związana ze zgłoszeniem potencjalnego biorcy do ośrodka kwalifikującego do przeszczepu włączona do historii choroby.

KATALOG DIAGNOSTYCZNYCH PAKIETÓW ONKOLOGICZNYCH

Część 1 – Wstępna diagnostyka onkologiczna					
lp.	kod	nazwa diagnostycznego pakietu onkologicznego	wartość punktowa	Świadczenia w zakresie:	Uwagi
1.	2.	3.	4.	5.	6.
1.	5.32.00.0000015	diagnostyka wstępna – nowotwory klatki piersiowej	554	onkologii gruźlicy i chorób płuc chirurgii klatki piersiowej chirurgii onkologicznej	
2.	5.32.00.0000020	diagnostyka wstępna – nowotwory piersi	369	onkologii położnictwa i ginekologii chirurgii ogólnej chirurgii onkologicznej	
3.	5.32.00.0000009	diagnostyka wstępna – nowotwory górnego odcinka układu pokarmowego	554	onkologii gastroenterologii chirurgii onkologicznej chirurgii ogólnej	nie obejmuje wątroby, trzustki
4.	5.32.00.0000010	diagnostyka wstępna – nowotwory górnego odcinka układu pokarmowego – wątroby i trzustki	631	onkologii gastroenterologii hepatologii chirurgii ogólnej chirurgii onkologicznej	
5.	5.32.00.0000006	diagnostyka wstępna – nowotwory dolnego odcinka układu pokarmowego	554	onkologii gastroenterologii chirurgii onkologicznej chirurgii ogólnej proktologii	
6.	5.32.00.0000007	diagnostyka wstępna – nowotwory głowy i szyi – krtani i gardła	459	onkologii otolaryngologii chirurgii onkologicznej chirurgii ogólnej chirurgii szczękowo- twarzowej audiologii i foniatrii	
7.	5.32.00.0000008	diagnostyka wstępna – nowotwory głowy i szyi – pozostałe	459	onkologii otolaryngologii chirurgii onkologicznej chirurgii ogólnej chirurgii szczękowo- twarzowej okulistyki	
8.	5.32.00.0000022	diagnostyka wstępna – nowotwory tarczycy	369	onkologii chirurgii onkologicznej chirurgii ogólnej endokrynologii	
9.	5.32.00.0000011	diagnostyka wstępna – nowotwory gruczołu krokowego	631	urologii onkologii	

KATALOG DIAGNOSTYCZNYCH PAKIETÓW ONKOLOGICZNYCH

10.	5.32.00.0000019	diagnostyka wstępna – nowotwory pęcherza moczowego	459	urologii onkologii	
11.	5.32.00.0000018	diagnostyka wstępna – nowotwory nerek	554	onkologii chirurgii onkologicznej urologii nefrologii	
12.	5.32.00.0000014	diagnostyka wstępna – nowotwory jąder	459	onkologii chirurgii onkologicznej urologii	
13.	5.32.00.0000017	diagnostyka wstępna – nowotwory macicy, szyjki macicy i inne ginekologiczne	554	onkologii chirurgii onkologicznej położnictwa i ginekologii	nie obejmuje jajników i jajowodów
14.	5.32.00.0000012	diagnostyka wstępna – nowotwory jajników i jajowodów	459	onkologii położnictwa i ginekologii	
15.	5.32.00.0000021	diagnostyka wstępna – nowotwory skóry – czerniak	286	onkologii chirurgii onkologicznej dermatologii i wenerologii chirurgii ogólnej	
16.	5.32.00.0000004	diagnostyka wstępna – nowotwory centralnego układu nerwowego	705	onkologii chirurgii onkologicznej neurochirurgii neurologii okulistyki endokrynologii	
17.	5.32.00.0000001	diagnostyka wstępna – białaczki ostre i przewlekłe	286	onkologii hematologii onkologii i hematologii dziecięcej	
18.	5.32.00.0000002	diagnostyka wstępna – chłoniaki	459	onkologii hematologii	
19.	5.32.00.0000027	diagnostyka wstępna – szpiczak	554	onkologii hematologii	
20.	5.32.00.0000003	diagnostyka wstępna – chłoniaki skórne	369	onkologii hematologii dermatologii i wenerologii	
21.	5.32.00.0000013	diagnostyka wstępna – nowotwory jamy brzusznej u dzieci	674	onkologii i hematologii dziecięcej gastroenterologii dla dzieci endokrynologii dla dzieci nefrologii dla dzieci ginekologii dla dziewcząt urologii dziecięcej	
22.	5.32.00.0000024	diagnostyka wstępna – nowotwory tkanki kostnej i mięsaki u dzieci	1 212	onkologii i hematologii dziecięcej chirurgii dziecięcej chirurgii onkologicznej dla dzieci	
23.	5.32.00.0000016	diagnostyka wstępna – nowotwory klatki piersiowej u dzieci	539	onkologii i hematologii dziecięcej gruźlicy i chorób płuc dla dzieci	

KATALOG DIAGNOSTYCZNYCH PAKIETÓW ONKOLOGICZNYCH

24.	5.32.00.0000005	diagnostyka wstępna – nowotwory centralnego układu nerwowego u dzieci	683	onkologii i hematologii dziecięcej neurologii dziecięcej neurochirurgii dla dzieci endokrynologii dla dzieci okulistyki dla dzieci	
25.	5.32.00.0000026	diagnostyka wstępna – nowotwory twarzoczaszki u dzieci	539	onkologii i hematologii dziecięcej okulistyki dla dzieci otolaryngologii dziecięcej chirurgii dziecięcej chirurgii onkologicznej dla dzieci chirurgii szczękowo- twarzowej	
26.	5.32.00.0000025	diagnostyka wstępna – nowotwory tkanki limfatycznej u dzieci	904	onkologii i hematologii dziecięcej	
27.	5.32.00.0000023	diagnostyka wstępna – nowotwory tkanek miękkich u dzieci	1 077	onkologii i hematologii dziecięcej chirurgii dziecięcej chirurgii onkologicznej dla dzieci	
28.	5.32.00.0000028	diagnostyka wstępna – nowotwory prącia	459	onkologii chirurgii onkologicznej urologii	
29.	5.32.00.0000029	diagnostyka wstępna – mięsaki kości	631	onkologii chirurgii onkologicznej ortopedii i traumatologii narządu ruchu	
30.	5.32.00.0000030	diagnostyka wstępna – mięsaki tkanek miękkich	459	onkologii chirurgii onkologicznej chirurgii ogólnej	

Część 2 – Pogłębiona diagnostyka onkologiczna					
lp.	kod	nazwa diagnostycznego pakietu onkologicznego	wartość punktowa	Świadczenia w zakresie:	uwagi
1.	2.	3.	4.	5.	6.
1.	5.33.00.0000010	diagnostyka pogłębiona – nowotwory klatki piersiowej	608	onkologii gruźlicy i chorób płuc chirurgii klatki piersiowej chirurgii onkologicznej	
2.	5.33.00.0000014	diagnostyka pogłębiona – nowotwory piersi	417	onkologii położnictwa i ginekologii chirurgii ogólnej chirurgii onkologicznej	
3.	5.33.00.0000007	diagnostyka pogłębiona – nowotwory górnego odcinka układu pokarmowego	608	onkologii gastroenterologii chirurgii onkologicznej chirurgii ogólnej	nie obejmuje wątroby, trzustki
4.	5.33.00.0000008	diagnostyka pogłębiona – nowotwory górnego odcinka układu pokarmowego – wątroby i trzustki	608	onkologii gastroenterologii hepatologii chirurgii ogólnej chirurgii onkologicznej	
5.	5.33.00.0000004	diagnostyka pogłębiona – nowotwory dolnego odcinka układu pokarmowego	669	onkologii gastroenterologii chirurgii onkologicznej chirurgii ogólnej proktologii	
6.	5.33.00.0000005	diagnostyka pogłębiona – nowotwory głowy i szyi – krtani i gardła	608	onkologii otolaryngologii chirurgii onkologicznej chirurgii ogólnej chirurgii szczękowo- twarzowej audiologii i foniatrii	
7.	5.33.00.0000006	diagnostyka pogłębiona – nowotwory głowy i szyi – pozostałe	608	onkologii otolaryngologii chirurgii onkologicznej chirurgii ogólnej chirurgii szczękowo- twarzowej okulistyki	nie obejmuje tarczycy
8.	5.33.00.0000016	diagnostyka pogłębiona – nowotwory tarczycy	314	onkologii chirurgii onkologicznej chirurgii ogólnej endokrynologii	
9.	5.33.00.0000009	diagnostyka pogłębiona – nowotwory gruczołu krokowego	835	onkologii urologii	
10.	5.33.00.0000013	diagnostyka pogłębiona – nowotwory pęcherza moczowego	608	onkologii urologii	
11.	5.33.00.0000012	diagnostyka pogłębiona – nowotwory nerek	608	onkologii chirurgii onkologicznej urologii nefrologii	
12.	5.33.00.0000011	diagnostyka pogłębiona – nowotwory macicy, szyjki macicy i inne ginekologiczne	608	onkologii chirurgii onkologicznej położnictwa i ginekologii	nie obejmuje jajników i jajowodów

KATALOG DIAGNOSTYCZNYCH PAKIETÓW ONKOLOGICZNYCH

13.	5.33.00.0000015	diagnostyka pogłębiona – nowotwory skóry – czerniak	417	onkologii chirurgii onkologicznej dermatologii i wenerologii chirurgii ogólnej	
14.	5.33.00.0000001	diagnostyka pogłębiona – białaczki ostre i przewlekłe	314	onkologii hematologii onkologii i hematologii dziecięcej	
15.	5.33.00.0000002	diagnostyka pogłębiona – chłoniaki	669	onkologii hematologii	
16.	5.33.00.0000017	diagnostyka pogłębiona – szpiczak	417	onkologii hematologii	
17.	5.33.00.0000003	diagnostyka pogłębiona – chłoniaki skórne	835	onkologii hematologii dermatologii i wenerologii	
18.	5.33.00.0000018	diagnostyka pogłębiona – nowotwory pęcherza	669	onkologii chirurgii onkologicznej urologii	
19.	5.33.00.0000019	diagnostyka pogłębiona – mięsaki kości	669	onkologii chirurgii onkologicznej ortopedii i traumatologii narządu ruchu	
20.	5.33.00.0000020	diagnostyka pogłębiona – mięsaki tkanek miękkich	608	onkologii chirurgii onkologicznej chirurgii ogólnej	

KATALOG DIAGNOSTYCZNYCH PAKIETÓW ONKOLOGICZNYCH
Część 3 – Produkty do sumowania w ramach diagnostyki onkologicznej

lp.	kod	nazwa produktu do sumowania	wartość punktowa od 1 stycznia 2021 r.	uwagi
1.	2.	3.	4.	5.
1.	5.31.00.0000022	Z22 Świadczenia zabiegowe - grupa 22	2 309	- na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych - do wykazania wyłącznie z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej albo pogłębionej
2.	5.10.00.0000103	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy I	2 795	- za jedno badanie - grupa I obejmuje radiofarmaceutyki: 18F-FDG, 18F-NaF - do wykazania wyłącznie z odpowiednim pakietem diagnostyki pogłębionej z wyłączeniem diagnostyki nowotworu płuca (Pakiet klatki piersiowej) gdzie podlega wykazaniu z pakietem diagnostyki wstępnej albo pogłębionej
3.	5.10.00.0000104	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy II	4 142	- za jedno badanie - grupa II obejmuje inne radiofarmaceutyki: zarejestrowane w Polsce 18F-cholina (18-fluorocholina) lub nie zarejestrowane w Polsce a sprowadzane w trybie importu docelowego lub produkowane na potrzeby własne przez laboratorium świadczeniodawcy zgodnie z prawem atomowym - do wykazania wyłącznie z odpowiednim pakietem diagnostyki pogłębionej, z wyłączeniem diagnostyki nowotworu płuca (Pakiet klatki piersiowej) gdzie podlega wykazaniu z pakietem diagnostyki wstępnej albo pogłębionej
4.	5.05.00.0000108	dodatkowy koszt diagnostyki patomorfologicznej w AOS – materiał onkologiczny mały	217	- do wykazania wyłącznie z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej albo pogłębionej, - obejmuje zakres badań wskazanych w wykazie badań patomorfologicznych w chorobach nowotworowych określonych w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, w części obejmującej zakres ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, - produkt dedykowany dla świadczeniodawców posiadających certyfikat, o którym mowa w § 12 zarządzenia, - zgodnie z zasadami określonymi w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2021 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania jednostek diagnostyki patomorfologicznej, - nie można wykazywać łącznie z produktem o kodzie: 5.05.00.0000109
5.	5.05.00.0000109	dodatkowy koszt diagnostyki patomorfologicznej w AOS – materiał onkologiczny specjalny	796	- do wykazania wyłącznie z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej albo pogłębionej, - obejmuje zakres badań wskazanych w wykazie badań patomorfologicznych w chorobach nowotworowych określonych w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, w części obejmującej zakres ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, - produkt dedykowany dla świadczeniodawców posiadających certyfikat, o którym mowa w § 12 zarządzenia, - zgodnie z zasadami określonymi w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2021 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania jednostek diagnostyki patomorfologicznej, - nie można wykazywać łącznie z produktem o kodzie: 5.05.00.0000108

Diagnostyczne pakiety onkologiczne i produkty do sumowania:

1. Dla każdej zrealizowanej procedury ICD-9 konieczne jest spełnienie warunków realizacji określonych w Rozporządzeniu AOS.

2. Przy rozliczaniu pakietów i produktów do sumowania, jednym z nieodzownych warunków jest wykazanie w raporcie statystycznym zrealizowanych istotnych procedur medycznych według ICD-9.

3. Istotne procedury medyczne według ICD-9 zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez

a) w ramach diagnostycznych pakietów onkologicznych:

88.713	USG tarczycy i przytarczyc
88.717	USG ślinianek
88.719	USG krtani
88.732	USG piersi
88.734	USG jamy opłucnej
88.735	USG śródpiersia
88.738	USG klatki piersiowej
88.741	USG transrektalne
88.752	USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej
88.763	USG gruczołu krokowego
88.764	USG transwaginalne
88.790	USG węzłów chłonnych
88.792	USG macicy nieciążarnej i przydatków
88.799	USG moszny w tym jąder i najądrzy
95.13	USG gałki ocznej
87.11	RTG pantomograficzne
87.221	RTG kręgosłupa odcinka szyjnego - przeglądowe
87.222	RTG kręgosłupa odcinka szyjnego - celowane lub czynnościowe
87.231	RTG kręgosłupa odcinka piersiowego
87.232	RTG kręgosłupa odcinka piersiowego - celowane lub czynnościowe
87.241	RTG kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego - przeglądowe
87.242	RTG kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego - celowane lub czynnościowe
87.35	mammografia z kontrastem
87.371	mammografia jednej piersi
87.372	mammografia obu piersi
87.440	RTG klatki piersiowej
92.011	scyntygrafia i radioizotopowe badanie czynności tarczycy z zastosowaniem ¹³¹ I
92.012	scyntygrafia i radioizotopowe badanie czynności tarczycy z zastosowaniem ^{99m} Tc
92.019	scyntygrafia i radioizotopowe badanie czynności tarczycy – inne
92.021	scyntygrafia układu siateczkowo-śródbłonkowego wątroby
92.023	Scyntygrafia wątroby znakowanymi erytrocytami
92.031	Scyntygrafia dynamiczna nerek
92.032	scyntygrafia statyczna nerek techniką planarną
92.058	badanie scyntygraficzne lub czynności śledziony
92.141	scyntygrafia trójfazowa odcinka układu kostnego z zastosowaniem fosfonianów
92.142	scyntygrafia jednofazowa odcinka układu kostnego z zastosowaniem fosfonianów
92.143	scyntygrafia układu kostnego metodą SPECT albo SPECT CT
92.144	scyntygrafia całego układu kostnego (metoda "whole body") z zastosowaniem fosfonianów
92.149	scyntygrafia układu kostnego – inne
87.030	TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego
87.031	TK głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
87.049	TK głowy ze wzmocnieniem kontrastowym
87.032	TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym
87.036	TK szyi bez wzmocnienia kontrastowego
87.037	TK szyi bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
87.038	TK szyi bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym
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

KATALOG DIAGNOSTYCZNYCH PAKIETÓW ONKOLOGICZNYCH

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
88.301	TK kończyny górnej bez wzmocnienia kontrastowego
88.302	TK kończyny górnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.303	TK kończyny dolnej bez wzmocnienia kontrastowego
88.304	TK kończyny dolnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.383	TK kręgosłupa szyjnego bez wzmocnienia kontrastowego
88.384	TK kręgosłupa szyjnego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.385	TK kręgosłupa piersiowego bez wzmocnienia kontrastowego
88.386	TK kręgosłupa piersiowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.387	TK kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego bez wzmocnienia kontrastowego
88.388	TK kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.900	RM głowy bez wzmocnienia kontrastowego
88.901	RM głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.902	RM kończyny górnej bez wzmocnienia kontrastowego
88.903	RM kończyny górnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.904	RM kończyny dolnej bez wzmocnienia kontrastowego
88.905	RM kończyny dolnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.923	RM klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego
88.924	RM klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.931	RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka szyjnego bez wzmocnienia kontrastowego
88.932	RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka lędźwiowego (lędźwiowo-krzyżowego) bez wzmocnienia kontrastowego
88.933	RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka piersiowego bez wzmocnienia kontrastowego
88.936	RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka szyjnego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.937	RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka lędźwiowego (lędźwiowo-krzyżowego) bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.938	RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka piersiowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.971	RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego
88.973	RM szyi bez wzmocnienia kontrastowego
88.975	RM szyi bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
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
06.111	biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy
06.112	biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy – celowana
06.113	biopsja gruboigłowa tarczycy
06.114	biopsja gruboigłowa tarczycy – celowana
18.12	biopsja ucha zewnętrznego
20.32	biopsja ucha środkowego i wewnętrznego
21.22	biopsja nosa
24.11	biopsja dziąsła
24.12	biopsja wyrostka zębodołowego
25.01	zamknięta (igłowa) biopsja języka
26.11	biopsja igłowa ślinianki/przewodu
27.21	Biopsja kości podniebienia
27.22	biopsja podniebienia miękkiego/języczka
27.23	biopsja wargi
27.24	biopsja jamy ustnej – inne
28.11	biopsja migdałka podniebiennego i migdałka gardłowego
29.12	biopsja gardła
33.21	bronchoskopia przez przetokę
33.22	bronchoskopia fiberoskopowa
33.231	bronchoskopia autofluorescencyjna
33.239	bronchoskopia – inna
33.24	endoskopowa biopsja oskrzela
33.26	przezskórna igłowa biopsja płuca
33.272	przezoskrzelowa biopsja płuca
34.23	biopsja ściany klatki piersiowej
34.24	biopsja opłucnej

KATALOG DIAGNOSTYCZNYCH PAKIETÓW ONKOLOGICZNYCH

34.25	przezskórna igłowa biopsja śródpiersia
40.10	biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych)
40.11	biopsja układu limfatycznego
42.243	biopsja ssąca przełyku
49.22	biopsja okołoodbytniczej
49.23	biopsja odbytu
54.241	zamknięta biopsja: sieci
57.321	Cystoskopia przezcewkowa endoskopem sztywnym
57.322	Cystoskopia przezcewkowa endoskopem giętkim
58.24	biopsja tkanek okołocewkowych
60.111	biopsja stercza przezodbytniczą wielomiejscową
60.113	przezskórna biopsja gruczołu krokowego (nakłucie przez krocze)
60.15	biopsja tkanek okołosterczowych
64.11	biopsja prącia
67.11	biopsja kanału szyjki macicy
67.12	wycinki z szyjki macicy (biopsja skrawkowa)
69.03	Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy – diagnostyczne
69.59	inne aspiracyjne lyżeczkowanie macicy
70.24	biopsja pochwy
71.11	biopsja sromu
76.11	Biopsja kości twarzy
77.41	Biopsja kości – łopatka, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek)
77.42	Biopsja kości – kość ramienna
77.43	Biopsja kości – kość promieniowa/kość łokciowa
77.44	Biopsja kości – kości nadgarstka/śródręcza
77.45	Biopsja kości – kość udowa
77.46	Biopsja kości – rzepka
77.47	Biopsja kości – kość piszczelowa/kość strzałkowa
77.48	Biopsja kości – kości stępu/ kości śródstopia
77.491	Biopsja kości – inne kości (miednica)
77.492	Biopsja kości – inne kości (palciki palców stopy/ręki)
83.21	biopsja tkanek miękkich
85.111	przezskórna cienkoigłowa biopsja piersi
85.112	przezskórna cienkoigłowa biopsja piersi - celowana
85.113	przezskórna gruboigłowa biopsja piersi
85.114	przezskórna gruboigłowa biopsja piersi - celowana
86.11	biopsja skóry/tkanki podskórnej
86.381	Radykalne wycięcie pojedynczej zmiany skóry, średnica wycięcia do 4,0 cm
86.382	Radykalne wycięcie pojedynczej zmiany skóry, średnica wycięcia powyżej 4,0 cm
29.1901	Stroboskopia
29.1902	Videostroboskopia
31.42	laryngoskopia i inne wzernikowanie tchawicy
42.242	ezofagoskopia z biopsją
43.411	endoskopowe wycięcie polipów żołądka
44.12	gastroskopia przez przetokę
44.13	gastroskopia - inne
44.161	gastroskopia diagnostyczna z testem ureazowym
44.162	gastroskopia diagnostyczna z biopsją
45.131	esofagogastroduodenoskopia [EGD]
45.14	zamknięta endoskopowa biopsja jelita cienkiego
45.16	esofagogastroduodenoskopia z biopsją
45.22	endoskopia jelita grubego przez przetokę
45.231	fiberoskopia
45.239	kolonoskopia - inne
45.24	fiberosigmoidoskopia
45.253	kolonoskopia z biopsją
45.42	endoskopowe wycięcie polipa jelita grubego
45.439	endoskopowe zniszczenie innych zmian lub tkanek jelita grubego - inne

KATALOG DIAGNOSTYCZNYCH PAKIETÓW ONKOLOGICZNYCH

48.36	endoskopowe usunięcie polipa odbytnicy
58.232	uretroskopia ureterocystoskopem giętkim i biopsja cewki
88.747	endosonografia kanału odbytnicy i odbytu
95.121	angiografia fluoresceinowa
C11	Fosfataza zasadowa granulocytów
C27	Leukocyty – badanie immunofenotypowe komórek blastycznych
C51	Mielogram
F19	Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgG (anty-Cytomegalovirus IgG)
F23	Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgM (anty-Cytomegalovirus IgM)
F26	Cytomegalovirus (CMV) DNA
F53	Wirus Epstein Barr IgG Przeciwciała
F56	Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgM
F91	Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Antygen/ Przeciwciała
I41	antygen CA 125 (CA125)
I45	antygen CA 19-9 (CA19-9)
I53	antygen karcynoembrionalny (CEA)
I63	antygen swoisty dla stercza (PSA) wolny
I79	Białko całkowite, rozdział elektroforetyczny
I86	Immunofiksacja
L07	α -fetoproteina (AFP)
L46	gonadotropina kosmówkowa - podjednostka beta (β -HCG)
L85	Immunoglobuliny A (IgA)
L87	Immunoglobuliny D (IgD)
L93	Immunoglobuliny G (IgG)
L95	Immunoglobuliny M (IgM)
M11	kalcytonina
M15	katecholaminy
M43	kwas homowaniliowy (HVA)
M83	łańcuchy lekkie kappa
M85	łańcuchy lekkie lambda
M92	β 2-mikroglobulina
X33	Toxocara canis Przeciwciała IgG (anty-Toxocara canis IgG)
X41	Toxoplasma gondii Przeciwciała IgG (anty-Toxoplasma gondii IgG)
X45	Toxoplasma gondii Przeciwciała IgM (anty-Toxoplasma gondii IgM)
Y90	Badanie histopatologiczne
91.821	Badanie materiału biologicznego – posiew jakościowy i ilościowy
91.831	Badanie materiału biologicznego – posiew jakościowy wraz z identyfikacją drobnoustroju i antybiogram
91.447	badanie mikroskopowe materiału biologicznego - badanie cytologiczne
99.9953	dermatoskopia
	FISH
	receptory HER

b) w ramach produktów do sumowania:

92.061	Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem 18 FDG we wskazaniach onkologicznych
92.062	Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem innych radiofarmaceutyków we wskazaniach onkologicznych
85.131	biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią pod kontrolą USG
85.132	biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią stereotaktyczna

Załącznik nr 5d do zarządzenia nr 132/2024/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 31 grudnia 2024 r.

Katalog chorób i problemów zdrowotnych wg ICD-10 do rozliczania świadczeń w zakresie skojarzonym: ambulatoryjna opieka ze wskazań nagłych

NARZĄD RUCHU

kod rozpoznania głównego ICD10	nazwa rozpoznania głównego
S12	Złamania w obrębie szyi
S12.0	Złamanie 1 kręgu szyjnego
S12.1	Złamanie 2 kręgu szyjnego
S12.2	Złamanie innego określonego kręgu szyjnego
S12.7	Liczne złamania odcinka szyjnego kręgosłupa
S12.8	Złamanie innych elementów chrzęstno-kostnych szyi
S12.9	Złamanie w obrębie szyi, część nieokreślona
S13	Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł na poziomie szyi
S13.0	Urazowe pęknięcie krążka międzykręgowego
S13.1	Zwichnięcie kręgu odcinka szyjnego kręgosłupa
S13.2	Zwichnięcie w innych i nieokreślonych częściach odcinka szyjnego kręgosłupa
S13.3	Liczne zwichnięcia odcinka szyjnego kręgosłupa
S13.4	Skręcenie i naderwanie odcinka szyjnego kręgosłupa
S13.6	Skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł innych i nieokreślonych części szyi
S22	Złamanie żebra (żeber), mostka i odcinka piersiowego kręgosłupa
S22.0	Złamanie kręgów odcinka piersiowego kręgosłupa
S22.1	Liczne złamania odcinka piersiowego kręgosłupa
S22.2	Złamanie mostka
S22.3	Złamanie żebra
S22.4	Liczne złamania żeber
S22.8	Złamanie innych części rusztowania kostnego klatki piersiowej
S22.9	Złamanie rusztowania kostnego klatki piersiowej, nieokreślone
S32	Złamanie odcinka lędźwiowego kręgosłupa i miednicy
S32.0	Złamanie kręgu odcinka lędźwiowego kręgosłupa
S32.1	Złamanie kości krzyżowej
S32.2	Złamanie kości guzicznej
S32.3	Złamanie kości biodrowej
S32.4	Złamanie panewki stawu biodrowego
S32.5	Złamanie kości łonowej
S32.7	Liczne złamania odcinka lędźwiowego kręgosłupa
S32.8	Złamanie innych i nieokreślonych części odcinka lędźwiowego kręgosłupa i miednicy
S40.0	Stłuczenie barku i ramienia
S40.7	Mnogie powierzchowne urazy barku i ramienia
S42	Złamanie barku i ramienia
S42.0	Złamanie obojczyka
S42.1	Złamanie łopatki
S42.2	Złamanie nasady bliższej kości ramiennej
S42.3	Złamanie trzonu kości ramiennej
S42.4	Złamanie nasady dalszej kości ramiennej
S42.7	Mnogie złamania obojczyka, łopatki i kości ramiennej
S42.8	Złamanie innych części barku i ramienia
S42.9	Złamanie obręczy barkowej, część nieokreślona
S43	Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł obręczy barkowej
S43.0	Zwichnięcie stawu ramiennego
S43.1	Zwichnięcie stawu barkowo-obojczykowego
S43.2	Zwichnięcie stawu mostkowo-obojczykowego
S43.3	Zwichnięcie innych i nieokreślonych części obręczy barkowej
S43.4	Skręcenie i naderwanie stawu ramiennego
S43.5	Skręcenie i naderwanie stawu barkowo-obojczykowego
S43.6	Skręcenie i naderwanie stawu mostkowo-obojczykowego
S43.7	Skręcenie i naderwanie innych i nieokreślonych części obręczy barkowej
S46	Uraz mięśnia i ścięgna na poziomie barku i ramienia
S46.0	Uraz ścięgien rotatorów zewnętrznych barku
S46.1	Uraz mięśnia i ścięgna głowy długiej mięśnia dwugłowego ramienia
S46.2	Uraz mięśnia i ścięgna innej części mięśnia dwugłowego ramienia
S46.3	Uraz mięśnia i ścięgna mięśnia trójąłowego ramienia
S46.7	Uraz licznych mięśni i ścięgien na poziomie barku i ramienia
S50.0	Stłuczenie łokcia
S50.1	Stłuczenie innych, nieokreślonych części przedramienia
S50.7	Mnogie powierzchowne urazy przedramienia
S52	Złamanie przedramienia
S52.0	Złamanie nasady bliższej kości łokciowej
S52.1	Złamanie nasady bliższej kości promieniowej
S52.2	Złamanie trzonu kości łokciowej
S52.3	Złamanie trzonu kości promieniowej

S52.4	Złamanie trzonów kości łokciowej i promieniowej
S52.5	Złamanie nasady dalszej kości promieniowej
S52.6	Złamanie nasad dalszych kości łokciowej i promieniowej
S52.7	Mnogie złamania przedramienia
S52.8	Złamanie innych części przedramienia
S52.9	Złamanie przedramienia, część nieokreślona
S53	Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł stawu łokciowego
S53.0	Zwichnięcie głowy kości promieniowej
S53.1	Zwichnięcie stawu łokciowego, nieokreślone
S53.2	Urazowe pęknięcie więzadła pobocznego promieniowego
S53.3	Urazowe pęknięcie więzadła pobocznego łokciowego
S53.4	Skręcenie i naderwanie stawu łokciowego
S60.0	Stłuczenie palca (palców) bez uszkodzenia paznokcia
S60.1	Stłuczenie palca (palców) z uszkodzeniem paznokcia
S60.2	Stłuczenie innej części nadgarstka i ręki
S60.7	Mnogie powierzchowne urazy nadgarstka i ręki
S61	Otwarta rana nadgarstka i ręki
S61.0	Otwarta rana palca (palców) bez uszkodzenia paznokcia
S61.1	Otwarta rana palca (palców) z uszkodzeniem paznokcia
S61.7	Mnogie rany otwarte nadgarstka i ręki
S61.8	Otwarta rana innych części nadgarstka i ręki
S61.9	Otwarta rana nadgarstka i ręki, część nieokreślona
S62	Złamanie na poziomie nadgarstka i ręki
S62.0	Złamanie kości łódeczkowatej
S62.1	Złamanie innej (innych) kości nadgarstka
S62.2	Złamanie i kości śródręcza
S62.3	Złamanie innej kości śródręcza
S62.4	Mnogie złamania kości śródręcza
S62.5	Złamanie kciuka
S62.6	Złamanie innego palca
S62.7	Mnogie złamania palców
S62.8	Złamanie innej i nieokreślonej części nadgarstka i ręki
S63	Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł na poziomie nadgarstka i ręki
S63.0	Zwichnięcie nadgarstka
S63.1	Zwichnięcie palca
S63.2	Mnogie zwichnięcia palców
S63.3	Urazowe pęknięcie więzadła nadgarstka
S63.4	Urazowe pęknięcie więzadła palca w stawach nadgarstkowo-śródręcznych i międzypaliczkowych
S63.5	Skręcenie i naderwanie nadgarstka
S63.6	Skręcenie i naderwanie palca (palców)
S63.7	Skręcenie i naderwanie innej i nieokreślonej części ręki
S66	Uraz mięśnia i ścięgna na poziomie nadgarstka i ręki
S66.0	Uraz mięśnia i ścięgna zginacza długiego kciuka na poziomie nadgarstka i ręki
S66.1	Uraz mięśnia i ścięgna zginacza innego palca na poziomie nadgarstka i ręki
S66.2	Uraz mięśnia i ścięgna prostownika kciuka na poziomie nadgarstka i ręki
S66.3	Uraz mięśnia i ścięgna prostownika innego palca na poziomie nadgarstka i ręki
S66.4	Uraz mięśnia i ścięgna odwodziciela kciuka na poziomie nadgarstka i ręki
S66.5	Uraz mięśnia i ścięgna właściwego innego palca na poziomie nadgarstka i ręki
S66.6	Uraz mnogich mięśni i ścięgien zginaczy na poziomie nadgarstka i ręki
S66.7	Uraz mnogich mięśni i ścięgien prostowników na poziomie nadgarstka i ręki
S66.8	Uraz innych mięśni i ścięgien na poziomie nadgarstka i ręki
S66.9	Uraz nieokreślonego mięśnia i ścięgna na poziomie nadgarstka i ręki
S68.0	Urazowa amputacja kciuka (całkowita) (częściowa)
S68.1	Urazowa amputacja pojedynczego, innego palca (całkowita) (częściowa)
S68.2	Urazowa amputacja dwóch lub więcej palców (całkowita) (częściowa)
S68.3	Złożona amputacja (części) palca (palców) i innej części nadgarstka i ręki
S68.4	Urazowa amputacja ręki na poziomie nadgarstka
S68.8	Urazowa amputacja innych części nadgarstka i ręki
S68.9	Urazowa amputacja nadgarstka i ręki, poziom nieokreślony
S70.0	Stłuczenie biodra
S70.1	Stłuczenie uda
S70.7	Mnogie powierzchowne urazy biodra i uda
S72	Złamanie kości udowej
S72.0	Złamanie szyjki kości udowej
S72.1	Złamanie przekrętarsowe
S72.2	Złamanie podkrętarsowe
S72.3	Złamanie trzonu kości udowej
S72.4	Złamanie nasady dalszej kości udowej
S72.7	Mnogie złamania kości udowej
S72.8	Złamanie innych części kości udowej
S72.9	Złamanie kości udowej, część nieokreślona
S76.0	Uraz mięśnia i ścięgna biodra
S76.1	Uraz ścięgna i mięśnia czworogłowego uda
S76.2	Uraz ścięgna i mięśni przywodzących uda
S76.3	Uraz ścięgien i mięśni tylnej grupy mięśni uda
S76.4	Uraz innych nieokreślonych mięśni i ścięgien na poziomie uda
S76.7	Uraz mnogich mięśni i ścięgien na poziomie biodra i uda

S82	Złamanie podudzia łącznie ze stawem skokowym
S82.0	Złamanie rzepki
S82.1	Złamanie nasady bliższej piszczeli
S82.2	Złamanie trzonu piszczeli
S82.3	Złamanie nasady dalszej piszczeli
S82.4	Izolowane złamanie strzałki
S82.5	Złamanie kostki przyśrodkowej
S82.6	Złamanie kostki bocznej
S82.7	Mnogie złamania podudzia
S82.8	Złamanie innych części podudzia
S82.9	Złamanie podudzia, część nieokreślona
S83	Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł kolana
S83.0	Zwichnięcie rzepki
S83.1	Zwichnięcie stawu kolanowego
S83.2	Rozdarcie łąkotki, świeże
S83.3	Rozdarcie chrząstki stawowej kolana, świeże
S83.4	Skręcenie i naderwanie w obrębie (strzałkowego) (piszczelowego) więzadła pobocznego kolana
S83.5	Skręcenie i naderwanie w obrębie (przedniego) (tylnego) więzadła krzyżowego kolana
S83.6	Skręcenie i naderwanie innych, nieokreślonych części kolana
S83.7	Uraz kilku struktur kolana
S86.0	Uraz ścięgna Achillesa
S86.1	Uraz innego mięśnia (mięśni) i ścięgna (ścięgien) tylnej grupy mięśni podudzia
S86.2	Uraz mięśnia (mięśni) i ścięgna (ścięgien) przedniej grupy mięśni podudzia
S86.3	Uraz mięśnia (mięśni) i ścięgna (ścięgien) grupy mięśni strzałkowych na poziomie podudzia
S86.7	Uraz licznych mięśni i ścięgien na poziomie podudzia
S86.8	Uraz innych mięśni i ścięgien na poziomie podudzia
S86.9	Uraz nieokreślonego mięśnia i ścięgna na poziomie podudzia
S90.0	Stłuczenie stawu skokowego
S90.1	Stłuczenie palca (palców) bez uszkodzenia paznokcia
S90.2	Stłuczenie palca (palców) z uszkodzeniem paznokcia
S90.3	Stłuczenie innych i nieokreślonych części stopy
S90.7	Mnogie powierzchowne urazy stawu skokowego i stopy
S92	Złamanie stopy, bez stawu skokowego
S92.0	Złamanie kości piętowej
S92.1	Złamanie kości skokowej
S92.2	Złamanie innej (innych) kości stępu
S92.3	Złamanie kości śródstopia
S92.4	Złamanie palucha
S92.5	Złamanie innego palca stopy
S92.7	Mnogie złamania kości stopy
S92.9	Złamanie kości stopy, nieokreślone
S93	Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł stawu skokowego i poziomu stopy
S93.0	Zwichnięcie stawu skokowego
S93.1	Zwichnięcie palca (palców) w:
S93.2	Pęknięcie więzadeł na poziomie stawu skokowego i stopy
S93.3	Zwichnięcie innych i nieokreślonych części stopy
S93.4	Skręcenie i naderwanie stawu skokowego
S93.5	Skręcenie i naderwanie palca (palców) w:
S93.6	Skręcenie i naderwanie innych i nieokreślonych części stopy
T00	Powierzchnowe urazy obejmujące liczne okolice ciała
T00.0	Powierzchnowe urazy obejmujące głowę i szyję
T00.1	Powierzchnowe urazy obejmujące klatkę piersiową, brzuch, dolną część grzbietu i miednicę
T00.2	Powierzchnowe urazy obejmujące liczne okolice kończyny (kończyn) górnej
T00.3	Powierzchnowe urazy obejmujące liczne okolice kończyny (kończyn) dolnej
T00.6	Powierzchnowe urazy obejmujące liczne okolice kończyny (kończyn) górnej i dolnej
T00.8	Powierzchnowe urazy obejmujące inne kombinacje okolic ciała
T02	Złamania obejmujące liczne okolice ciała
T02.0	Złamania obejmujące głowę i szyję
T02.1	Złamania obejmujące klatkę piersiową, dolną część grzbietu i miednicę
T02.2	Złamania obejmujące liczne okolice jednej kończyny górnej
T02.3	Złamania obejmujące liczne okolice jednej kończyny dolnej
T02.4	Złamania obejmujące liczne okolice obu kończyn górnych
T02.5	Złamania obejmujące liczne okolice obu kończyn dolnych
T02.6	Złamania obejmujące liczne okolice kończyny (kończyn) górnej i kończyny (kończyn) dolnej
T02.7	Złamania obejmujące klatkę piersiową, dolną część grzbietu, miednicę i kończynę (kończyny)
T02.8	Złamania obejmujące inne kombinacje okolic ciała
T02.9	Liczne złamania, nieokreślone
T84.0	Mechaniczne powikłanie wewnętrznych protez stawów
T84.1	Mechaniczne powikłanie stabilizatorów wewnętrznych kości kończyny
T84.2	Mechaniczne powikłanie stabilizatora wewnętrznego innych kości
T84.3	Mechaniczne powikłanie innych urządzeń kostnych, wszczepów i przeszczepów
T84.4	Mechaniczne powikłanie innych wewnętrznych urządzeń ortopedycznych, wszczepów i przeszczepów
T84.5	Zakażenie i odczyn zapalny spowodowany wewnętrzną protezą stawu
T84.6	Zakażenie i odczyn zapalny spowodowany stabilizatorem wewnętrznym w każdym miejscu
T84.7	Zakażenie i odczyn zapalny spowodowany innymi wewnętrznymi wszzczepami i przeszczepami
T84.8	Inne powikłania wewnętrznych ortopedycznych urządzeń, wszczepów i przeszczepów
T84.9	Nieokreślone powikłanie spowodowane wewnętrznym urządzeniem ortopedycznym, wszzczepem i przeszczepem

NARZĄD WZROKU

kod rozpoznania głównego ICD10	nazwa rozpoznania głównego
H00.0	Jęczmień i inne głębokie zapalenie powiek
H00.1	Gradówka
H05.0	Zapalenie ostre oczodołu
H05.4	Zapadnięcie gałki ocznej
H05.5	Ciało obce (stare) w następstwie rany drażącej oczodołu
H05.8	Inne zaburzenia oczodołu
H05.9	Zaburzenia oczodołu, nieokreślone
H10.0	Śluzowo-ropne zapalenie spojówek
H10.1	Ostre atopowe zapalenie spojówek
H15.0	Zapalenie twardówki
H15.1	Zapalenie blaszki nadtwardówkowej
H15.8	Inne zaburzenia twardówki
H15.9	Choroby twardówki, nieokreślone
H16.0	Wrzód rogówki
H16.1	Inne powierzchowne zapalenia rogówki bez zapalenia spojówek
H16.2	Zapalenie rogówki i spojówki (keratoconjunctivitis)
H16.3	Zapalenie rogówki mięsiste i głębokie
H16.4	Nowotworzenie naczyń w rogówce
H16.8	Inne zapalenie rogówki
H16.9	Zapalenie rogówki, nieokreślone
H20	Zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego
H20.0	Zapalenie ostre i podostre tęczówki i ciała rzęskowego
H20.2	Zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego spowodowane antygenem soczewkowym (uveitis phacoanaphilactica)
H20.8	Inne postacie zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego
H20.9	Zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego, nieokreślone
S00.1	Stłuczenie powieki i okolicy oka
S00.2	Inne powierzchowne urazy powieki i okolicy oczodołowej
S05.0	Uraz spojówki i abrazja rogówki bez wzmianki o ciele obcym
S05.1	Stłuczenie gałki ocznej i tkanek oczodołu
S05.2	Zranienie oka z pęknięciem i wypadnięciem lub utratą tkanek oka
S05.3	Zranienie oka bez wypadnięcia lub utraty tkanek oka
S05.4	Rana drażąca oczodołu z lub bez ciała obcego
S05.5	Rana drażąca gałki ocznej z ciałem obcym
S05.6	Rana drażąca gałki ocznej bez ciała obcego
S05.8	Inne urazy oka i oczodołu
S05.9	Uraz oka i oczodołu, nieokreślony
T15.0	Ciało obce rogówki
T15.1	Ciało obce worka spojówkowego
T15.8	Ciało obce innego i mnogich zewnętrznych części oka
T15.9	Ciało obce zewnętrznej części oka, część nieokreślona
T26	Oparzenia termiczne i chemiczne ograniczone do oka i przydatków oka
T26.0	Oparzenie termiczne powieki i okolicy oczodołowej
T26.1	Oparzenie termiczne rogówki i worka spojówkowego
T26.2	Oparzenie termiczne z następowym jego pęknięciem i zniszczeniem gałki ocznej
T26.3	Oparzenie termiczne innych części oka i przydatków oka
T26.4	Oparzenie termiczne oka i przydatków oka, nieokreślone
T26.5	Oparzenie chemiczne powieki i okolicy oczodołowej
T26.6	Oparzenie chemiczne rogówki i worka spojówkowego
T26.7	Oparzenie chemiczne z następowym jego pęknięciem i zniszczeniem gałki ocznej
T26.8	Oparzenie chemiczne innych części oka i przydatków oka
T26.9	Oparzenie chemiczne oka i przydatków oka, nieokreślone

KATALOG DIAGNOSTYCZNYCH PAKIETÓW SPECJALISTYCZNYCH					
lp.	kod pakietu	kod produktu	nazwa diagnostycznego pakietu specjalistycznego	wartość punktowa od 1 stycznia 2021 r.	świadczenia w zakresie:
1.	2.	3.	4.	5.	6.
1.	PS1	5.36.00.0000001	PS1 pakiet specjalistyczny - tarczycza	419	endokrynologii endokrynologii dla dzieci

Diagnostyczne pakiety specjalistyczne:

1. Dla każdej zrealizowanej procedury ICD-9 konieczne jest spełnienie warunków realizacji określonych w Rozporządzeniu AOS.
2. Zrealizowanie pakietu badań zgodnie z obowiązującymi wytycznymi postępowania medycznego w zakresie diagnostyki chorób tarczycy.
3. Wykazanie w raporcie statystycznym wszystkich wykonanych w ramach tego świadczenia badań.
4. Warunkiem rozliczenia pakietów jest spełnienie warunków określonych poniżej:

PS1 Pakiet specjalistyczny - tarczycza

wymagane wskazanie co najmniej dwukrotnie procedury 89.02 - Porada lekarska, inne, co najmniej pięciu procedur z listy procedur PS1 oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań PS1

ICD-9

	Ranga* ICD-9
I81 Białko C-reaktywne (CRP)	2
L69 Hormon tyreotropowy (TSH)	2
M11 Kalcytonina	2
O09 Przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej	2
O15 Przeciwciała przeciw receptorowi tyreotropiny	2
O18 Przeciwciała przeciw tyreoglobulinie	2
O55 Trijodotyronina wolna (FT3)	2
O65 Tyreoglobulina	2
O69 Tyroksyna wolna (FT4)	2
88.713 USG tarczycy i przytarczyc	2
92.012 Scyntygrafia i radioizotopowe badanie czynnościowe tarczycy - z zastosowaniem 99mTc	2
92.019 Scyntygrafia i radioizotopowe badanie czynnościowe tarczycy - inne	2

ICD-10

E00.9 Wrodzony zespół niedoboru jodu, nieokreślony
E01.0 Rozlane (endemiczne) wole z powodu niedoboru jodu
E01.1 Wieloguzkowe (endemiczne) wole z powodu niedoboru jodu
E01.2 Wole z powodu niedoboru jodu (endemiczne), nieokreślone
E01.8 Inne choroby tarczycy z powodu niedoboru jodu i pokrewnych przyczyn
E02 Subkliniczna postać niedoczynności tarczycy z powodu niedoboru jodu
E03.0 Wrodzona niedoczynność tarczycy z wolem rozlanym
E03.1 Wrodzona niedoczynność tarczycy bez wola
E03.2 Niedoczynność tarczycy w wyniku zastosowanego leczenia lub innych egzogennych substancji
E03.3 Niedoczynność tarczycy po przebytej infekcji
E03.4 Zanik tarczycy (nabyty)
E03.8 Inne określone postacie niedoczynności tarczycy
E03.9 Niedoczynność tarczycy, nieokreślona
E04.0 Wole nietoksyczne, rozlane
E04.1 Guzek tarczycy pojedynczy, nietoksyczny
E04.2 Wole wieloguzkowe, nietoksyczne
E04.8 Wole nietoksyczne, inne określone
E04.9 Wole nietoksyczne, nieokreślone
E05.1 Tyreotoksykoza z pojedynczym toksycznym guzkiem
E05.4 Tyreotoksykoza wywołana sztucznie
E05.8 Inne tyreotoksykozy
E05.9 Tyreotoksykoza, nieokreślona
E06.1 Zapalenie tarczycy podostre
E06.9 Zapalenie tarczycy, nieokreślone
E07.8 Inne, określone choroby tarczycy
E07.9 Choroby tarczycy, nieokreślone
E89.0 Niedoczynność tarczycy po zabiegach
R94.6 Nieprawidłowe wyniki badań czynnościowych tarczycy

* Ranga procedury:

- 0 - procedura nie uwzględniana w procesie grupowania
- 2 - procedura uwzględniana w procesie grupowania wyłącznie jednokrotnie
- 4 - procedura może być uwzględniana w procesie grupowania jedno-, bądź wielokr

Załącznik Nr 5f do zarządzenia Nr 132/2024/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 31 grudnia 2024 r.

Klasyfikacja poziomów ciężkości chorób w ramach diagnostycznych pakietów specjalistycznych

Lp.	Kod pakietu	Kod produktu	Nazwa pakietu diagnostycznego specjalistycznego	Sugerowana opieka w POZ
1.	PS1	5.36.00.00000001	PS1 Pakiet specjalistyczny - tarczyca	I. Chorzy wymagający farmakoterapii: A. Niedoczynność tarczycy (klasyczna postać, w której stwierdza się dobrą odpowiedź na farmakoterapię, dawka leku jest relatywnie stała w dłuższym przedziale czasu, pacjent nie zgłasza dolegliwości sugerujących zaburzenia tyreometyaboliczne): a. Niedoczynność tarczycy w przebiegu przewlekłego autoimmunizacyjnego zapalenia tarczycy (ch. Hashimoto) - E06.3/E03.8 b. Niedoczynność tarczycy po leczeniu chirurgicznym - E89.0 c. Niedoczynność tarczycy po leczeniu jodem 131 - E03.2 UWAGA: nie dotyczy - kobiet ciężarnych, - zapaleń tarczycy, które przebiegają z tyreotoksykozą (fazowość zapalenia), - pacjentów leczonych z powodu raka tarczycy. II. Chorzy nie wymagający farmakoterapii: a. Przewlekłe autoimmunizacyjne zapalenie tarczycy w stadium eutyreozy – E06.3 b. Wole rozlane nietoksyczne – E04.0 c. Guzek tarczycy pojedynczy nietoksyczny – E04.1 (tylko, gdy wynik BACC – grupa 2 wg raportowania Bethesda) d. Wole wieloguzkowe nietoksyczne – E04.2 (tylko, gdy wynik BACC – grupa 2 wg raportowania Bethesda)

Załącznik nr 6 do zarządzenia nr 132/2024/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 31 grudnia 2024 r.

Data

oznaczenie
świadczeniodawcy *)

INFORMACJA DLA LEKARZA KIERUJĄCEGO/POZ

Dane osobowe świadczeniobiorcy

[illegible]

.....
*Data, nadruk lub pieczęć zawierająca imię i nazwisko,
numer prawa wykonywania zawodu wystawiającego oraz
jego podpis*

Charakterystyka grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych
Grupy W i PPW

W01 Świadczenie pohospitalizacyjne

zgodnie z definicją świadczenia

W02 Świadczenie receptowe

zgodnie z definicją świadczenia

W11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu

zgodnie z definicją świadczenia

W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu

konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur z listy W1

lub

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W2

lub

konieczne wykazanie do 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W5

W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu

konieczne wykazanie co najmniej 2 procedur z listy W2

lub

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W3

lub

konieczne wykazanie od 3 do 4 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W5

lub

konieczne wykazanie do 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W7

lub

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W2 oraz co najmniej jednej procedury z listy W8

lub

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W2 oraz co najmniej jednej procedury z listy W16

lub

konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur z listy W1 oraz co najmniej jednej procedury z listy W2

W14 Świadczenie specjalistyczne 4-go typu

konieczne wykazanie co najmniej 2 procedur z listy W3

lub

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W4

lub

konieczne wykazanie co najmniej 5 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W5

lub

konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W7

lub

konieczne wykazanie co najmniej 2 procedur z listy W10

lub

konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur z listy W1 oraz co najmniej jednej procedury z listy W3

W15 Świadczenie specjalistyczne 5-go typu

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W8

lub

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W16

W16 Świadczenie specjalistyczne 6-go typu

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W11

W17 Świadczenie specjalistyczne 7-go typu

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W9

lub

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W10

lub

konieczne wykazanie co najmniej 2 procedur z listy W8

W18 Świadczenie specjalistyczne 8-go typu

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W12

W19 Świadczenie specjalistyczne 9-go typu

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W13

W20 Świadczenie specjalistyczne 10-go typu

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W14

W32 Świadczenie specjalistyczne 11-go typu

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W15

W40 Świadczenie pierwszorazowe 1-go typu

zgodnie z definicją świadczenia

W41 Świadczenie pierwszorazowe 2-go typu

konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur z listy W1

lub

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W2

lub

konieczne wykazanie do 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W5

W42 Świadczenie pierwszorazowe 3-go typu

konieczne wykazanie co najmniej 2 procedur z listy W2
lub
konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W3
lub
konieczne wykazanie od 3 do 4 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W5
lub
konieczne wykazanie do 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W7
lub
konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W2 oraz co najmniej jednej procedury z listy W8
lub
konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur z listy W1 oraz co najmniej jednej procedury z listy W2

W43 Świadczenie pierwszorazowe 4-go typu

konieczne wykazanie co najmniej 2 procedur z listy W3
lub
konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W4
lub
konieczne wykazanie co najmniej 5 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W5
lub
konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W7
lub
konieczne wykazanie co najmniej 2 procedur z listy W10
lub
konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur z listy W1 oraz co najmniej jednej procedury z listy W3

W44 Świadczenie pierwszorazowe 5-go typu

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W8

W45 Świadczenie pierwszorazowe 6-go typu

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W11

W46 Świadczenie pierwszorazowe 7-go typu

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W9
lub
konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W10
lub
konieczne wykazanie co najmniej 2 procedur z listy W8

W47 Świadczenie pierwszorazowe 8-go typu

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W12

W48 Świadczenie pierwszorazowe 9-go typu

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W13

W49 Świadczenie pierwszorazowe 10-go typu

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W14

W50 Świadczenie pierwszorazowe 11-go typu

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W15

W31 Porada udzielana w miejscu pobytu świadczeniobiorcy

zgodnie z definicją porady

W61 Świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne 1-go typu

zgodnie z definicją świadczenia

W62 Świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne 2-go typu

konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur z listy W1
lub
konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W2
lub
konieczne wykazanie do 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W5

W63 Świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne 3-go typu

konieczne wykazanie co najmniej 2 procedur z listy W2
lub
konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W3
lub
konieczne wykazanie od 3 do 4 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W5
lub
konieczne wykazanie do 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W7
lub
konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W2 oraz co najmniej jednej procedury z listy W8
lub
konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W2 oraz co najmniej jednej procedury z listy W16
lub
konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur z listy W1 oraz co najmniej jednej procedury z listy W2

W64 Świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne 4-go typu

konieczne wykazanie co najmniej 2 procedur z listy W3
lub
konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W4
lub
konieczne wykazanie co najmniej 5 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W5
lub
konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W7
lub
konieczne wykazanie co najmniej 2 procedur z listy W10
lub
konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur z listy W1 oraz co najmniej jednej procedury z listy W3

W65 Świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne 5-go typu

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W8
lub
konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W16

W67 Świadczenie kontrolne pohospitalizacyjne 7-go typu

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W9
lub
konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W10
lub
konieczne wykazanie co najmniej 2 procedur z listy W8

PPW1 Świadczenie pielęgniarstwa lub położnej 1

zgodnie z definicją świadczenia

PPW2 Świadczenie pielęgniarstwa lub położnej 2

konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur z listy W1
lub
konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W2

PPW3 Świadczenie pielęgniarstwa lub położnej 3

konieczne wykazanie co najmniej jednej procedury z listy W8

W1 Lista podstawowa

ICD-9	
20.391	Posturografia
21.293	Rinoskopia tylna
31.42	Laryngoskopia i inne wziernikowanie tchawicy
87.123	Rtg kanału korzenia zęba
87.164	Rtg zatok nosa
87.165	Rtg nosa
87.433	Rtg obojczyków
88.25	Pelwimetria
88.331	Rtg łopatek
88.35	Inne rtg tkanek miękkich kończyny górnej
88.37	Inne rtg tkanek miękkich kończyny dolnej
88.735	USG śródpiersia
88.734	USG jamy opłucnej
88.752	USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego
88.763	USG gruczołu krokowego
88.782	Wewnątrzmaciczna cefalometria
89.11	Tonometria
89.154	Badanie neurotensjometryczne
89.401	Kontrola kieszonki: rozrusznika serca lub kardiowertera-defibrylatora serca lub wszczepialnego
89.511	Elektrokardiografia z 1–3 odprowadzeniami
95.06	Badanie widzenia barw
95.1902	Badanie dna oka
95.1903	Gonioskopia
95.1908	Keratometria
95.1910	Pachymetria
95.1911	Skioskopia
95.1912	Autorefraktometria
95.1915	Test Schimera
95.1916	Badanie widzenia obuocznego synoptoforem
95.413	Badanie odruchu strzemiączkowego
95.415	Tympanometria
95.45	Test obrotowy
95.48	Dopasowanie aparatu słuchowego
99.592	Próba tuberkulinowa
99.9960	Próby kaloryczne
99.9951	Pedobarografia
99.9957	Badanie stężenia tlenu w wydychanym powietrzu
99.9970	Gustometria swoista
99.9971	Elektrogustometria
99.9975	Olfaktometria podmuchowa
99.9976	Psychofizyczny test identyfikacji zapachów
99.9977	Badanie węchu zestawem markerów
A01	Badanie ogólne moczu (profil)
A05	Badanie płynu z jamy ciała (opłucnej, otrzewnej)
A07	Białko w moczu (pod warunkiem, że jest to jedyny cel badania)
A17	Krew utajona w kale
A21	Pasożyty/ jaja pasożytów w kale
A23	Resztki pokarmowe w kale
C03	Erytrocyty – oporność osmotyczna
C05	Erytrocyty – próba Hama
C07	Erytrocyty – próba sacharozowa
C09	Erytrogram
C10	Inne antygeny grupowe krwinek czerwonych
C19	Hemoglobina, rozdział
C53	Morfologia krwi 8-parametrowa
C55	Morfologia krwi, z pełnym różnicowaniem granulocytów (leukocytów)
C57	Objętość krwi krążącej
C59	Odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)
C61	Płytki krwi - badanie adhezji
C65	Płytki krwi - czas przeżycia
C66	Płytki krwi – liczba (pod warunkiem, że jest to jedyny cel badania)
C69	Retykulocyty
C71	Splenogram
C73	Test hamowania migracji makrofagów
E05	Badanie w kierunku nieregularnych przeciwciał
E20	Próba zgodności serologicznej
E65	Oznaczenie grupy krwi układu ABO i Rh (D)
F01	Adenovirus Antygen
F03	Adenovirus Przeciwciała IgA (anty-Adenovirus IgA)
F05	Adenovirus Przeciwciała IgG (anty-Adenovirus IgG)
F07	Adenovirus Przeciwciała IgM (anty-Adenovirus IgM)
F11	Astrovirus Antygen
F15	Cytomegalovirus (CMV) Antygen pp65
F27	Enterovirus Przeciwciała IgA (anty-Enterovirus IgA)
F28	Enterovirus Przeciwciała IgM (anty-Enterovirus IgM)
F29	Enterovirus IgG Przeciwciała (anty-Enterovirus IgG)
F30	HTLV1 Antygen
F31	HTLV 1/2 Antygen
F32	HTLV 1/2 Przeciwciała
F33	Parvovirus B19 Przeciwciała IgG (anty-Parvovirus IgG)
F34	Parvovirus B19 Przeciwciała IgM (anty-Parvovirus IgM)
F36	Rotavirus Antygen
F37	Rotavirus/ Adenovirus Antygen
F39	Wirus Dengue Przeciwciała IgG (anty-Dengue IgG)
F40	Wirus Dengue Przeciwciała IgM (anty-Dengue IgM)
F42	Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgG (anty-Epstein-Barr (EA) IgG)
F43	Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgM (anty-Epstein-Barr (EA) IgM)
F44	Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgA (anty-Epstein-Barr (EBNA) IgA)
F45	Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgG (anty-Epstein-Barr (EBNA) IgG)
F46	Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgM (anty-Epstein-Barr (EBNA) IgM)
F47	Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgA (anty-Epstein-Barr (VCA) IgA)

F48	Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgG (anty-Epstein-Barr (VCA) IgG
F49	Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgG (anty-Epstein-Barr (VCA) IgG (ilościowy)
F50	Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgM (anty-Epstein-Barr (VCA) IgM
F53	Wirus Epstein Barr IgG Przeciwciała
F55	Wirus Epstein Barr Przeciwciała heterofilne
F56	Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgM
F57	Wirus Herpes Simplex typu 1 Przeciwciała IgA (anty-Herpes Simpl. V. 1 IgA)
F58	Wirus Herpes Simplex typu 1 Przeciwciała IgG
F59	Wirus Herpes Simplex typu 1 Przeciwciała IgG (ilościowo)
F60	Wirus Herpes Simplex typu 1 Przeciwciała IgM
F61	Wirus Herpes Simplex typu 1 Przeciwciała IgM (ilościowo)
F63	Wirus Herpes Simplex typu 1/2 Przeciwciała IgA (anty-Herpes Simpl. V. 1/2 IgA)
F64	Wirus Herpes Simplex typu 1/2 IgG Przeciwciała (anty-Herpes Simpl. V. 1/2 IgG)
F65	Wirus Herpes Simplex typu 1/2 Przeciwciała IgM (anty-Herpes Simpl. V. 1/2 IgM)
F66	Wirus Herpes Simplex typu 2 Przeciwciała IgG (anty-Herpes Simpl. V. 2 IgG)
F67	Wirus Herpes Simplex typu 2 Przeciwciała IgG (anty-Herpes Simpl. V. 2 IgG) (ilościowo)
F68	Wirus Herpes Simplex typu 2 Przeciwciała IgA (anty-Herpes Simpl. V. 2 IgA)
F69	Wirus Herpes Simplex typu 2 Przeciwciała IgM
F70	Wirus Herpes Simplex typu 2 Przeciwciała IgM (ilościowo)
F71	Wirus Herpes Simplex typu 2 Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Herpes Simpl. V. 2 IgG/ IgM)
F73	Wirus Influenza A Antygen
F74	Wirus Influenza A Przeciwciała IgA (anty-Influenza IgA)
F75	Wirus Influenza A Przeciwciała IgG (anty-Influenza IgG)
F76	Wirus Influenza A Przeciwciała IgM (anty-Influenza IgM)
F78	Wirus Influenza B Antygen
F79	Wirus Influenza B Przeciwciała IgA (anty-Influenza IgA)
F80	Wirus Influenza B Przeciwciała IgG (anty-Influenza IgG)
F81	Wirus Influenza B Przeciwciała IgM (anty-Influenza IgM)
F83	Wirus Influenza, Parainfluenzy, Adenowirus Antygen
F84	Wirus kleszczowego zapalenia mózgu (TBE) IgG (anty-TBE virus IgG)
F85	Wirus kleszczowego zapalenia mózgu (TBE) IgM (anty-TBE virus IgM)
F87	Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Antygen p24
F88	Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Antygen (ilościowo)
F89	Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Przeciwciała całkowite
F91	Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Antygen/ Przeciwciała
F93	Wirus nagnminnego zapalenia ślinianek przyusznych IgM (anty-Rubulavirus Antygen M)
F94	Wirus nagnminnego zapalenia ślinianek przyusznych (Rubulavirus) IgG (anty-Rubulavirus IgG)
F96	Wirus Odry (Morbillivirus) Przeciwciała IgG (anty-Morbillivirus IgG)
F97	Wirus Odry (Morbillivirus) Przeciwciała IgM (anty-Morbillivirus IgM)
F98	Wirus Parainfluenzy typ 1 Przeciwciała IgG
G01	α -2-antyplazmina
G03	Antytrombina III (AT III)
G05	Białko C
G09	Czas częściowej tromboplastyny (PTT) (czas kefalinowy)
G11	Czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT) (czas kaolinowo-kefalinowy)
G13	Czas fibrynolizy (lizy skrzepu euglobulin)
G15	Czas krwawienia
G17	Czas krzepnięcia osocza po uwapnieniu (rekalcynacji)
G19	Czas krzepnięcia pełnej krwi
G21	Czas protrombinowy (PT)
G23	Czas reptylazowy (RT)
G25	Czas trombinowy (TT)
G49	D-Dimer
G53	Fibrynogen (FIBR)
G55	Fibrynopeptyd A (FIBP A)
G57	Fibrynopeptyd B (FIBP B)
G59	Fragmenty protrombiny 1 i 2
G61	Heparyna
G63	Heparyna niskocząsteczkowa
G65	Inhibitor aktywatora plazminogenu 1 (PAI1)
G67	Inhibitor aktywatora plazminogenu 2 (PAI2)
G69	Inhibitory krzepnięcia
G71	Kininogen (120000) (HMWK)
G75	Monomery fibryny
G79	Plazminogen
G85	Tromboelastogram
I01	Acetooctan
I03	Acylotransferaza lecytyna-cholesterol (LCAT)
I05	Adrenalina
I09	Albumina
I11	Albumina glikowana
I13	Aldolaza
I15	Aldosteron
I17	Aminotransferaza alaninowa (ALT, GPT)
I19	Aminotransferaza asparaginianowa (AST)
I21	Aminotransferaza asparaginianowa mitochondrialna
I23	Amoniak
I25	Amylaza
I27	Amylaza trzustkowa
I29	Amyloid
I34	Angiotensyna I
I35	Angiotensyna II
I37	Anhidraza węglanowa
I39	α -1-Antychymotrypsyna (ACT)
I53	Antygen karcynoembrionalny (CEA)
I61	Antygen swoisty dla stercza (PSA) całkowity
I67	Apolipoproteina B
I69	Apolipoproteina E, izotypy
I71	Apolipoproteina AI
I73	Apolipoproteina AII
I74	Apolipoproteina E, fenotyp
I75	Arginaza
I77	Białko całkowite

I79	Białko całkowite, rozdział elektroforetyczny
I81	Białko C-reaktywne (CRP)
I87	Bilirubina bezpośrednia
I89	Bilirubina całkowita
I90	Bilirubina delta
I91	Bilirubina pośrednia
I93	Biotynidaza
I97	Chlorek (Cl)
I99	Cholesterol całkowity
K01	Cholesterol HDL
K03	Cholesterol LDL
K04	Cukry proste
K05	Cholesterol wolny
K07	Cholesterol, estry
K09	Chymotrypsyna
K11	CO<MV>2 całkowity
K12	CRF (czynnik uwaniający kortykotropinę)
K13	Cykliczny AMP (cAMP)
K15	Cynk (Zn)
K17	Cysteina
K19	Cystyna
K21	Czynnik reumatoidalny (RF)
K23	Dehydrataza δ-aminolewulinianu
K25	Dehydroepiandrosteron niezwiązany (DHEA)
K27	Dehydroepiandrosteronu siarczan (DHEAS)
K29	Dehydrogenaza glukozy-6-fosforanu (G6PDH)
K31	Dehydrogenaza glutaminianowa (GLDH)
K33	Dehydrogenaza mleczanowa (LDH)
K35	Dehydrogenaza mleczanowa, izoenzymy
K45	Dehydrogenaza β-hydroksymaślanowa (HBDH)
K47	Dekarboksylaza uroporfirynogenu
K49	11-Dezoksykortykotestosteron (DOC)
K51	11-Dezoksykortyzol
K58	Dopełniacz (całkowita aktywność, CH50)
K59	Dopełniacz, czynnik B
K61	Dopełniacz, czynnik D
K63	Dopełniacz, czynnik H
K65	Dopełniacz, czynnik P
K69	Dopełniacz, składowa C1r
K71	Dopełniacz, składowa C1s
K73	Dopełniacz, składowa C2
K79	Dopełniacz, składowa C5
K81	Elastaza neutrofilowa
K83	Elastaza trzustkowa
K87	β-Endorfina
K89	Enzym konwertujący angiotensynę (ACE)
K91	Erytropoetyna (EPO)
K93	Esteraza acetylocholinowa
K95	Esteraza cholinowa surowicy(pseudocholinesteraza)
K97	Esterazy nieswoiste
K99	Estradiol
L08	Fibronektyna
L09	Fluorek (F)
L11	Fosfataza alkaliczna (ALP)
L13	Fosfataza alkaliczna izoenzym kostny (bALP)
L15	Fosfataza kwaśna całkowita (ACP)
L16	Fosfataza kwaśna oporna na winian (TRAP)
L17	Fosfataza kwaśna sterczowa (PAP)
L19	Fosfatydylogliceryna
L21	Fosfolipidy całkowite
L23	Fosforan nieorganiczny
L25	Fruktoza
L27	Fruktozamina
L28	Glikozaminoglikany
L31	Gamma glutamylotranspeptydaza (GGTP)
L33	Gastryna
L35	Glicerol wolny
L37	Globulina wiążąca tyroksynę (TBG)
L39	Globulina wiążąca witaminę D
L41	Glukagon
L43	Glukoza
L45	Glutation zredukowany erytrocytów (GSH)
L55	Hemoglobina glikowana (HbA1c)
L57	Hemoglobina wolna
L59	Hemopeksyna
L65	Hormon folikulotropowy (FSH)
L67	Hormon luteinizujący (LH)
L69	Hormon tyreotropowy (TSH)
L71	Hormon wzrostu (GH)
L83	Hydroksyprolina
L85	Immunoglobuliny A (IgA)
L87	Immunoglobuliny D (IgD)
L89	Immunoglobuliny E całkowite (IgE)
L93	Immunoglobuliny G (IgG)
L95	Immunoglobuliny M (IgM)
L96	Inhibitor C1-esterazy
L97	Insulina
L99	Interferon
M01	Interleukina 1
M03	Interleukina 2
M05	Interleukina 6
M06	Interleukina 8
M07	Jod (J)

M13	β-karoten
M18	Kinaza fosfokreatynowa (CK)
M19	Kinaza fosfokreatynowa izoenzym CK-MB (CKMB)
M21	Kinaza fosfokreatynowa, izoenzymy
M22	Kinaza glicerolowa
M23	Kinaza fosfokreatynowa, izoformy
M25	Kobalt (Co)
M27	Koproporfiryna
M29	Kortykosteron
M31	Kortyzol
M33	Kortyzol wolny
M34	Kortykoidy wolne
M35	Kreatyna
M37	Kreatynina
M38	Ksyloza
M39	Kwas 5-hydroksy-indoloocetowy (5-HIAA)
M41	Kwas foliowy
M43	Kwas homowanilinowy (HVA)
M45	Kwas moczowy
M47	Kwas wanilinomigdałowy (VMA)
M49	Kwas β-hydroksymasłowy
M51	Kwas δ-aminolewulinowy (ALA)
M52	Kwas p-aminobenzoowy (PABA)
M55	Kwaśność miareczkowa
M57	Laktogen łożyskowy
M59	Laktoza
M61	Lecytyna
M63	Leucyloaminopeptydaza (LAP)
M65	Leucyna
M67	Lipaza
M69	Lipoproteina a [Lp(a)]
M73	Lit (Li)
M75	Lizozym (muramidaza)
M77	Luka anionowa
M79	Luka osmotyczna
M87	Magnez całkowity (Mg)
M89	Magnez zjonizowany (Mg^{2+})
M91	α-2-Makroglobulina
M93	Mangan (Mn)
M95	Metionina
M97	Metoksyadrenalina
M99	Metoksykatecholaminy całkowite
N01	Metoksynoradrenalina
N11	Mleczan
N13	Mocznik
N15	Molibden (Mo)
N17	N-Acetyloglukozaminidaza (NAG)
N19	Neopteryna
N21	Noradrenalina
N22	NT-proANP
N23	5'-Nukleotydaza
N24	NT-proBNP
N25	Osmolarność
N34	Peptyd natriuretyczny typu B (BNP)
N37	Pirogronian
N39	Pirydynolina (PYD)
N40	Podjednostka α hormonów glikoproteidowych
N41	Porfiryny całkowite
N43	Porfobilinogen
N45	Potas (K)
N47	Prealbumina
N49	Pregnandiol
N51	Pregnantriol
N53	Pregnenolon
N55	Progesteron
N57	Proinsulina
N60	Protoporfiryna cynkowa
N61	Protoporfiryny
O22	Przedśionkowy peptyd natriuretyczny (ANP)
O27	Renina
O29	Równowaga kwasowo-zasadowa (pH, pCO ₂ , pO ₂ , HCO ₃ , BE)
O31	Selen (Se)
O32	Somatomedyna C (IGF-1)
O35	Sód (Na)
O37	Syntaza uroporfirynogenu
O39	Szczawian
O41	Testosteron
O49	Triglicerydy
O51	Trijodotyronina całkowita (TT3)
O53	Trijodotyronina odwrotna (rT3)
O55	Trijodotyronina wolna (FT3)
O63	Trypsyna
O65	Tyreoglobulina
O66	Kwas orotowy
O67	Tyrosyna całkowita (TT4)
O69	Tyrosyna wolna (FT4)
O73	Uroporfiryny
O75	Wapń zjonizowany (Ca ²⁺)
O77	Wapń całkowity (Ca)
O79	Wazopresyna (ADH)
O81	Witamina A
O83	Witamina B12
O85	Witamina C (kwas askorbinowy)

O92	Wolne kwasy tłuszczowe
O93	Żelazo - całkowita zdolność wiązania (TIBC)
O95	Żelazo (Fe)
P01	1-hydroksypiren
P03	2,5-heksanodion
P05	Alkaloidy opium
P07	Amfetamina
P09	Aminopiryna
P11	Arsen
P13	Barbiturany
P15	Benzen
P17	Benzoesowy kwas
P19	Chrom (Cr)
P21	Diazepam
P23	Disulfiram
P25	Dwufenylohydantoina
P27	Etylenowy glikol
P29	Etylobenzen
P33	Fenol
P37	Glimid
P39	Glin
P41	Hemoglobina tlenkowąglowa
P43	Kadm (Cd)
P44	Kanabinoidy
P45	Kokaina
P47	Ksilen
P51	Lotne związki organiczne
P55	Meproamat
P57	Metadon
P59	Metakwalon
P60	Metamfetamina
P61	Methemoglobina (MetHb)
P63	Metylohipurowy alkohol
P65	Metylowy alkohol
P67	Migdałowy kwas
P68	Morfina
P69	Nikiel (Ni)
P71	Ołów (Pb)
P73	p-aminofenol
P75	Paracetamol
P77	p-nitrofenol
P79	Pochodne benzodwazepiny
P81	Pochodne fenotiazyny
P83	Polichlorowane bifenylo
P85	Propranolol
P89	Rtęć (Hg)
P91	Salicylany
P93	Styren
P95	Tal (Tl)
P97	Tetrachloroetylen
P99	Tetrahydrokanabinal
R01	Toluen
R03	Trójchlorooctowy kwas
R07	Wanad (Ve)
S01	Bacillus cereus Antygen enterotoksyny
S03	Bacteroides fragilis DNA enterotoksyny (fragilizyny)
S05	Bordetella pertussis Przeciwciała IgA
S07	Bordetella pertussis Przeciwciała IgG
S09	Bordetella pertussis Przeciwciała IgM
S13	Bordetella pertussis IgA/ toksyna
S15	Bordetella pertussis IgG/ toksyna
S17	Bordetella pertussis IgM/ toksyna (anty-B.pertusis toksyna IgM)
S47	Ehrlichia Przeciwciała IgG Ia
S49	Campylobacter Antygen (Campylobacter Antygen)
S51	Campylobacter Przeciwciała IgG (anty-Campylobacter IgG)
S53	Campylobacter Przeciwciała IgA (anty-Campylobacter IgA)
S55	Campylobacter Przeciwciała IgM (anty-Campylobacter IgM)
S59	Chlamydia Antygen (Chlamydia Antygen)
S69	Chlamydia trachomatis Antygen
S80	Clostridium difficile Toksyna A/ Antygen
S82	Clostridium difficile Antygen
S84	Clostridium perfringens Antygen enterotoksyny
S93	Escherichia coli O157 (EHEC) Antygen
S94	Escherichia coli O157 (EHEC) Przeciwciała
S95	Escherichia coli Antygen werotoksyny (VT1, VT2)
S96	Escherichia coli (EPEC) Antygen (surowica poliwalentna)
S97	Escherichia coli (EPEC) Antygen (surowica trójwalentna)
S98	Escherichia coli (EPEC) Antygen (surowica monowalentna)
S99	Escherichia coli Antygen enterotoksyna ciepłostabilna
T01	Amikacyna
T03	Amiodaron
T07	Chinidyna
T09	Chloramfenikol
T13	Dezypiramina
T15	Digitoksyna
T17	Digoksyna
T19	Doksepina
T21	Dyzopiramid
T25	Fenobarbital
T29	Flekainid
T30	Gentamycyna
T31	Imipiramina
T37	Lidokaina

T39	Meksyletyna
T45	Netylmocyna
T47	Nortryptylina
T49	Prokainamid
T51	Propafenon
T53	Prymidon
T61	Wankomocyna
U01	Escherichia coli, Vibrio cholerae Antygen enterotoksyny ciepłochwienne
U02	Francisella tularensis Przeciwciała
U03	Haemophilus influenzae (typ a,b,c,d,e,f) Antygen (surowice monowalente)
U04	Haemophilus influenzae (typ b) Antygen
U06	Helicobacter pylori Przeciwciała
U07	Helicobacter pylori Przeciwciała IgA (anty-H.pylori IgA)
U09	Helicobacter pylori Przeciwciała IgA (ilościowo)
U10	Helicobacter pylori IgG Przeciwciała (anty-H.pylori IgG)
U12	Helicobacter pylori IgG Przeciwciała (ilościowo)
U13	Helicobacter pylori IgM Przeciwciała (ilościowo)
U15	Helicobacter pylori Antygen
U16	Legionella pneumophila (1-7) Przeciwciała IgG
U17	Legionella pneumophila (1-7) Przeciwciała IgM
U18	Legionella pneumophila Antygen
U20	Legionella pneumophila Serogrupa 1 Antygen
U21	Legionella pneumophila Serogrupa 2-14 Antygen
U22	Legionella spp. Antygen
U23	Leptospira Antygen
U24	Leptospira Przeciwciała IgG
U25	Leptospira Przeciwciała IgM
U26	Listeria spp. Antygen
U33	Mycobacterium tuberculosis Przeciwciała IgA (anty-M.tuberculosis IgA)
U34	Mycobacterium tuberculosis Przeciwciała IgG (anty-M.tuberculosis IgG)
U35	Mycobacterium tuberculosis Przeciwciała IgG (ilościowo)
U36	Mycobacterium tuberculosis Przeciwciała IgM (anty-M. tuberculosis IgM)
U38	Mycoplasma pneumoniae Antygen
U39	Mycoplasma pneumoniae Przeciwciała IgA (anty-M.pneumoniae IgA)
U40	Mycoplasma pneumoniae Przeciwciała IgA (ilościowo)
U41	Mycoplasma pneumoniae Przeciwciała IgG (anty-M.pneumoniae IgG)
U43	Mycoplasma pneumoniae Przeciwciała IgM (anty-M.pneumoniae IgM)
U47	Neisseria meningitidis (Grupy A-D: X-Z; W135) Antygen (surowica poliwalentna)
U48	Neisseria meningitidis (Grupa A, B, C, D, X, Y, Z, W135, 29E) Antygen (surowica)
U49	Neisseria meningitidis B / E. coli K1 Antygen
U50	Neisseria meningitidis A,B / E.coli K1, C, Y/W Antygen (rozpuszczalne)
U51	Neisseria meningitidis A,C,Y,W135 Antygen (lateks poliwalentny)
U52	Proteus spp. Antygen (surowica monowalentna)
U53	Pseudomonas aeruginosa Antygen (surowica poliwalentna)
U54	Pseudomonas aeruginosa Antygen (surowica monowalentna)
U55	Salmonella spp. Antygen (surowica poliwalentna)
U56	Salmonella spp. Antygen (surowica monowalentna)
U57	Salmonella spp. Przeciwciała IgA
U58	Salmonella spp. Przeciwciała IgG
U59	Salmonella spp. Przeciwciała IgM
U60	Salmonella Typhi, Salmonella Paratyphi A B C Antygen (surowica poliwalentna)
U61	Shigella boydii Antygen (surowica poliwalentna)
U62	Shigella Dysenteriae Antygen (surowica monowalentna)
U63	Shigella dysenteriae Antygen (surowica poliwalentna)
U64	Shigella Flexneri Antygen (surowica poliwalentna)
U65	Shigella Sonnei Antygen (surowica poliwalentna)
U66	Staphylococcus aureus Antygen
U67	Staphylococcus aureus Antygen PBP2,
U68	Staphylococcus aureus Antygen enterotoksyny
U69	Staphylococcus aureus Antygen TSST-1
U71	Staphylococcus aureus gen mec A
U72	Streptococcus pneumoniae Antygen
U74	Streptococcus Gr. A,B,C,D,F,G Antygen (lateks monowalentny)
U75	Streptococcus pyogenes Gr. A Przeciwciała (Antystreptolizyna O)
U76	Streptococcus Gr. B Antygen
U77	Streptococcus Gr. B Antygen (B I, B II, B III)
U79	Treponema pallidum Przeciwciała (anty- T.pallidum)
U80	Treponema pallidum IgG Przeciwciała (anty-T.pallidum IgG)
U82	Treponema pallidum Przeciwciała IgM (anty-T.pallidum IgM)
U84	Treponema pallidum Przeciwciała IgG/ IgM (anty-T. pallidum IgG/ IgM)
U85	Treponema pallidum Antygen
U86	Vibrio cholerae Antygen (surowica poliwalentna 0:1)
U87	Yersinia Przeciwciała IgG (anty-Yersinia IgG)
U88	Yersinia Przeciwciała IgM (anty-Yersinia IgM)
U89	Yersinia Przeciwciała IgA (anty-Yersinia IgA)
U91	Yersinia Przeciwciała IgG/ A (anty-Yersinia IgG/ A)
U92	Yersinia enterocolitica Przeciwciała IgA
U94	Yersinia enterocolitica Przeciwciała IgG
U96	Yersinia enterocolitica Przeciwciała IgM
U99	Yersinia Antygen (surowica monowalentna O:3; O:9)
V02	Wirus Parainfluenzy typ 2 Przeciwciała IgG
V03	Wirus Parainfluenzy typ 1 + 2 Antygen
V04	Wirus Parainfluenzy typ 3 IgG Przeciwciała
V06	Wirus Parainfluenzy typ 3 Antygen
V07	Wirus Parainfluenzy typ 1, 2, 3 Przeciwciała IgA (anty-Parainfluenza 1/2/3 IgA)
V08	Wirus Parainfluenzy typ 1, 2, 3 Przeciwciała IgA (anty-Parainfluenza 1/2/3 IgA) (ilościowo)
V09	Wirus Parainfluenzy typ 1, 2, 3 Przeciwciała IgG (anty-Parainfluenza 1/2/3 IgG)
V10	Wirus Parainfluenzy typ 1, 2, 3 Przeciwciała IgM (anty-Parainfluenza 1/2/3 IgM)
V12	Wirus Poliomyelitis Przeciwciała IgG (anty-Poliowirus IgG)
V13	Wirus Poliomyelitis Przeciwciała IgM (anty-Poliowirus IgM)
V14	Wirus RS Antygen
V15	Wirus RS Przeciwciała IgA (anty-RSV IgA)
V16	Wirus RS Przeciwciała IgG (anty-RSV IgG)

V17	Wirus RS Przeciwciała IgM (anty-RSV IgM)
V19	Wirus różyczki (Rubella virus) Przeciwciała IgG (anty-Rubella virus IgG)
V21	Wirus różyczki (Rubella virus) Przeciwciała IgG (anty-Rubella virus IgG) (ilościowo)
V22	Wirus różyczki (Rubella virus) Przeciwciała
V23	Wirus różyczki (Rubella virus) IgM (anty-Rubella virus IgM)
V24	Wirus różyczki (Rubella virus) Przeciwciała IgM (anty-Rubella virus IgM) (ilościowo)
V39	Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen
V54	Wirus zapalenia wątroby typu C HCVcAntygen (antygen rdzeniowy)
V66	Wirus zapalenia mózgu zachodniego Nilu Przeciwciała IgG
V67	Wirus Varicella-Zoster Przeciwciała IgA (anty-Varicella-Zoster IgA)
V68	Wirus Varicella-Zoster Przeciwciała IgG (anty-Varicella-Zoster IgG)
V69	Wirus Varicella-Zoster Przeciwciała IgM (anty-Varicella-Zoster IgM)
V71	Wirusy Coxsackie Przeciwciała IgG
V72	Wirusy Coxsackie Przeciwciała IgM
V73	Wirusy Coxsackie Przeciwciała IgA
V74	Wirusy ECHO Przeciwciała IgG
V75	Wirusy ECHO Przeciwciała IgM
V76	Wirusy ECHO Przeciwciała IgA
W01	Aspergillus spp. Antygen rozpuszczalny - galaktomannan
W03	Aspergillus spp. Przeciwciała IgA
W05	Aspergillus spp. Przeciwciała IgG
W07	Aspergillus spp. Przeciwciała IgM
W09	Aspergillus fumigatus Przeciwciała
W13	A. niger, A. nidulans, A. flavus, A. terreus Przeciwciała
W17	Candida spp. Antygen rozpuszczalny – mannan
W21	Candida spp. Przeciwciała IgG
W23	Candida albicans Przeciwciała IgA
W25	Candida spp. Przeciwciała IgM
W27	Candida albicans Przeciwciała
W31	Cryptococcus neoformans Antygen (glycuronoxylomannan)
W35	Pneumocystis carinii (jirovecii) Antygen (oocysty)
X01	Ascaris lumbricoides Przeciwciała IgG (anty-Ascaris lumbricoides)
X03	Cryptosporidium Antygen (Cryptosporidium Antygen)
X05	Echinococcus granulosus Przeciwciała IgG (anty-Echinococcus IgG)
X07	Entamoeba histolytica Antygen (Entamoeba histolytica Antygen)
X09	Entamoeba histolytica Przeciwciała IgG (anty-Entamoeba histolytica IgG)
X11	Entamoeba histolytica Przeciwciała (całkowite)
X13	Giardia lamblia Antygen (Giardia lamblia Antygen)
X15	Giardia/ Cryptosporidium Antygen
X17	Leishmania Przeciwciała IgG (anty-Leishmania IgG)
X19	Leishmania Przeciwciała (całkowite)
X21	Leishmania Antygen
X23	P.f, P.v, P.m., P.o (Malaria) Antygen
X25	Plasmodium falciparum Przeciwciała (całkowite)
X27	Schistosoma mansoni Przeciwciała IgG (anty-Schistosoma mansoni IgG)
X29	Strongyloides Przeciwciała IgG
X31	Taenia solium Taenia solium IgG) Przeciwciała IgG (anty-Taenia solium IgG)
X33	Toxocara canis Przeciwciała IgG (anty-Toxocara canis IgG)
X35	Toxoplasma gondii Przeciwciała
X37	Toxoplasma gondii Przeciwciała IgA (anty-Toxoplasma gondii IgA)
X39	Toxoplasma gondii Przeciwciała IgA (anty-Toxoplasma gondii IgA) (ilościowo)
X41	Toxoplasma gondii Przeciwciała IgG (anty-Toxoplasma gondii IgG)
X43	Toxoplasma gondii IgG Przeciwciała (anty-Toxoplasma gondii IgG) (ilościowo)
X45	Toxoplasma gondii Przeciwciała IgM (anty-Toxoplasma gondii IgM)
X51	Toxoplasma gondii Antygen
X53	Trichinella spiralis Przeciwciała IgG (anty-Trichinella IgG)
X55	Trypanosoma cruzi Przeciwciała IgG (Trypanosoma cruzi IgG)

W2 Badania dodatkowe - grupa 1

ICD-9	
07.191	Testy stymulacji lub hamowania z hormonami podwzgórzowymi lub przysadkowymi lub ich
07.199	Hormonalne testy dynamiczne, inne
37.262	Nieinwazyjna programowana elektrostymulacja (NIPS)
49.21	Anoskopia
87.092	Rtg krtani bez kontrastu – zdjęcia warstwowe
87.093	Rtg przewodów nosowo – łzowego z kontrastem
87.094	Rtg nosogardzieli bez kontrastu
87.095	Rtg gruczołów ślinowych bez kontrastu
87.096	Rtg okolicy tarczycy bez kontrastu
87.098	Rtg gruczołów ślinowych z kontrastem
87.11	Rtg panoramiczne zębów
87.121	Rtg ortodontyczne głowy lub cefalometria
87.174	Rtg twarzoczaszki – przeglądowe
87.175	Rtg twarzoczaszki – celowane lub czynnościowe
87.176	Rtg czaszki – przeglądowe
87.177	Rtg czaszki – celowane lub czynnościowe
87.221	Rtg kręgosłupa odcinka szyjnego – przeglądowe
87.222	Rtg kręgosłupa odcinka szyjnego – celowane lub czynnościowe
87.231	Rtg kręgosłupa odcinka piersiowego – przeglądowe
87.232	Rtg kręgosłupa odcinka piersiowego – celowane lub czynnościowe
87.241	Rtg kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego – przeglądowe
87.242	Rtg kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego – celowane lub czynnościowe
87.371	Mammografia jednej piersi
87.431	Rtg żeber
87.432	Rtg mostka
87.440	Rtg klatki piersiowej
87.495	Rtg śródpiersia
87.496	Rtg tchawicy
87.691	Rtg przełyku z kontrastem
87.83	Histerosalpingografia (kontrast cieniujący)
87.91	Rtg nasieniowodów z kontrastem
88.110	Rtg miednicy - przeglądowe

88.111	Rtg miednicy - celowane
88.191	Rtg jamy brzusznej - przeglądowe
88.199	Inne rtg brzucha
88.241	Rtg kości kończyny górnej - celowane lub czynnościowe
88.291	Rtg kości kończyny dolnej - celowane lub czynnościowe
88.712	Echoencefalografia
88.713	USG tarczycy i przytarczyc
88.717	USG ślinianek
88.719	USG krtani
88.732	USG piersi
88.738	USG klatki piersiowej
88.741	USG transrektalne
88.747	Endosonografia kanału odbytnicy i odbytu
88.759	USG układu moczowego – inne
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej
88.764	USG transwaginalne
88.781	USG płodu
88.789	Diagnostyka USG macicy ciężarnej - pełna
88.790	USG węzłów chłonnych
88.792	USG macicy nieciężarnej i przydatków
88.794	USG stawów barkowych
88.795	USG stawów łokciowych
88.796	USG stawów rąk lub stawów stóp
88.797	USG stawów biodrowych
88.798	USG stawów kolanowych
88.799	USG moszny w tym jąder i najądrzy
88.981	Dwufofonowa absorpcjometria (densytometria z kości udowej lub kręgosłupa)
89.121	Rhinomanometria
89.381	Badanie objętości płuc metodą pletyzmograficzną
89.384	Badanie zdolności dyfuzyjnej płuc
89.386	Badanie spirometryczne z próbą rozkurczową
89.387	Badanie spirometryczne z 6-minutowym testem chodu
89.393	Kardiotokografia
89.402	Kontrola stymulatora serca jedno- lub dwujamowego
89.403	Kontrola automatycznego kardiowertera-defibrylatora jedno- lub dwujamowego
91.821	Badanie materiału biologicznego – posiew jakościowy i ilościowy
91.831	Badanie materiału biologicznego – posiew jakościowy wraz z identyfikacją drobnoustroju i
91.841	Badanie mikroskopowe materiału biologicznego – parazytologia
95.05	Badanie pola widzenia (perymetria)
95.13	USG gałki ocznej
95.1904	HRT - Tomografia siatkówkowa
95.1905	GDX - Analiza włókien nerwowych
95.1909	Wideokeratografia
95.241	Elektronystagmogram (ENG)
95.242	Video ENG
95.412	Audiometria impedancyjna
95.414	Subiektywna audiometria
95.436	Otoemisja akustyczna
99.801	Ocena działania czynnika swoistego (testy alergiczne) - co najmniej 10 alergenów
99.808	Ocena działania czynników wywołujących nadwrażliwość niewymienioną gdzie indziej
99.9950	Kapilaroskopia
99.9953	Dermatoskopia
99.9954	Wideodermatoskopia
99.9955	Próby nadprogowe
C21	Leukocyty – badanie aktywności peroksydazy (POX)
C23	Leukocyty – badanie aktywności esterazy nieswoistej
C27	Leukocyty – badanie immunofenotypowe komórek białych
C29	Leukocyty – barwienie sudanem czarnym B
C31	Leukocyty – reakcja PAS
C83	Płytki krwi – czas okluzji
F09	Adenovirus IgG/ IgM Przeciwciała (anty-Adenovirus IgG/ IgM)
F13	Bunyavirus IgG/ IgM Przeciwciała
F17	Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgA (anty-Cytomegalovirus IgA)
F19	Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgG (anty-Cytomegalovirus IgG)
F22	Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgG - Awidność
F23	Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgM (anty-Cytomegalovirus IgM)
F35	Parvovirus B19 IgG/ IgM Przeciwciała
F41	Wirus Dengue Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Dengue IgG/ IgM)
F51	Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Epstein-Barr IgG/ IgM)
F52	Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgA/ IgM
F62	Wirus Herpes Simplex typu 1 Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Herpes Simpl. V. 1 IgG/ IgM)
F72	Wirus Herpes Simplex typu 1/2 Przeciwciała IgG/ IgM screening (anty-Herpes Simpl. V. 1/2 IgG/
F77	Wirus Influenza A Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Influenza IgG/ IgM)
F82	Wirus Influenza B Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Influenza IgG/ IgM)
F86	Wirus kleszczowego zapalenia mózgu (TBE) IgG/ IgM (anty-TBE virus IgG/ IgM)
F95	Wirus nagminnego zapalenia ślinianek przyusznych (Rubulavirus) Przeciwciała IgG/ IgM (anty-
F99	Wirus Parainfluenzy typ 1 Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Parainfluenza 1 IgG/ IgM)
G26	Czynnik krzepnięcia II (FII)
G28	Czynnik krzepnięcia IXAg (FIXAg)
G29	Czynnik krzepnięcia V (FV)
G31	Czynnik krzepnięcia VII (FVII)
G33	Czynnik krzepnięcia VIII (FVIII)
G34	Czynnik krzepnięcia VIII Ag (FVIIIAg)
G35	Czynnik krzepnięcia VIII - podjednostki
G37	Czynnik krzepnięcia X (FX)
G39	Czynnik krzepnięcia XI (FXI)
G41	Czynnik krzepnięcia XII (FXII)
G43	Czynnik krzepnięcia XIII (FXIII)
G45	Czynnik płytkowy 4
G47	Czynnik von Willebranda (vWF)
G68	Miedź (Cu)
G73	Kompleks trombina/ antytrombina III (TAT)
G77	Produkty degradacji fibryny (FDP)

G81	Prekalikreina
G83	Tkankowy aktywator plazminogenu (TPA)
I07	Aktywność reninowa osocza (ARO)
I31	Androstendion
I33	Androsteron
I41	Antygen CA 125 (CA125)
I43	Antygen CA 15-3 (CA15-3)
I45	Antygen CA 19-9 (CA19-9)
I47	Antygen CA 549
I49	Antygen CA 72-4 (CA72-4)
I51	Antygen CYFRA 21-1
I52	Antygen nowotworowy HE4
I55	Antygen polipeptydowy (TPA)
I57	Antygen polipeptydowy swoisty (TPS)
I59	Antygen raka płaskonabłonkowego (SCC)
I63	Antygen swoisty dla stercza (PSA) wolny
I64	Antykoagulant toczeniowy
I65	α -1-Antytrypsyna
I82	Białko S-100
I83	Białko wiążące hormony płciowe (SHBP) (SHBG)
I85	Białko wiążące retinol (RBP)
I86	Białko – immunofiksacja
I95	Ceruloplazmina
K16	Cystatyna C
K30	D-/L- arabinitol
K53	Dezoksyperydynolina (DPD, Pyrylinks D)
K55	Dihydrotestosteron
K67	Dopełniacz, składowa C1q
K75	Dopełniacz, składowa C3
K77	Dopełniacz, składowa C4
K85	Enolaza neuronowa swoista
L01	Estriol
L03	Fenylalanina
L05	Ferrytyna
L07	α -fetoproteina (AFP)
L29	Galaktoza
L46	Gonadotropina kosmówkowa – podjednostka beta (β -HCG)
L47	Gonadotropina kosmówkowa (HCG)
L63	Hormon adrenokortykotropowy (ACTH)
L73	17-Hydroksykorykosteroidy, całkowite (17-OHCS)
L75	18-Hydroksydezykorykosteron
L77	18- Hydroksykorykosteron
L79	17-Hydroksyprogesteron
L81	17-Hydroksypregnenolon
M09	Kachektyna (TNF)
M11	Kalcitonina
M15	Katecholaminy
M17	17-Ketosterydy, całkowite (17-KS)
M30	Kwas 3,7,11,15 – tetrametylo heksadekanowy (fitanowy)
M53	Kwasy żółciowe
M71	Lipoproteiny/lipidy, rozdział
M81	Łańcuchy ciężkie
M83	Łańcuchy lekkie kappa
M85	Łańcuchy lekkie lambda
N26	Orozomukoid
N27	Osteokalcyna
N29	Parathormon (PTH)
N30	Parathormon intact (iPTH)
N33	Peptyd C
N35	Peroxydaza glutationowa
N42	Karboksyporfiryny
N44	Oligosacharydy
N50	Palmitoilotransferaza karnitynowa I i II (CPT I i CPT II)
N58	Prokalcitonina
N59	Prolaktyna
N81	Przeciwciała przeciw gliadynie klasy IgG
N83	Przeciwciała przeciw gliadynie, klasy IgA
O09	Przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej
O17	Przeciwciała przeciw retikulinie
O18	Przeciwciała przeciw tyreoglobulinie
O19	Przeciwciała przeciw tyreotropinie
O21	Przeciwciała przeciwjądrowe (ANA)
O23	Receptory hormonów sterydowych
O24	Receptor IL2
O25	Reduktaza glutationu
O26	Receptor IL6
O28	Rozpuszczalny receptor transferyny (sTfR)
O33	Serotonina
O34	Rybonukleozyd 5-aminoimidazolo-4-N-bursztynylkarboksamidowy (SAICAr)
O43	Transferyna
O45	Transferyna, wskaźnik nasycenia żelazem
O47	Transferyna z niedoborem węglowodanów (CDT)
O48	Transferyna, izoformy
O52	Siarczyny
O54	Sjaloooligosacharydy
O59	Troponina I
O61	Troponina T
O89	Witamina D - 24, 25 OH
O91	Witamina D - 25 OH
P31	Etylowy alkohol
P49	Leki
Q40	Palmitynian, utlenianie
R05	Trójcykliczne antydepresanty

S11	Bordetella pertussis Przeciwciała IgG/ IgM (anty-B. pertusis IgG/ IgM)
S19	Bordetella pertussis Przeciwciała IgG/ IgA (anty-B. pertusis toksyna IgG/ IgA)
S21	Borrelia burgdorferi (Lyme) IgG Przeciwciała (anty-B. burgdorferi IgG)
S25	Borrelia burgdorferi (Lyme) Przeciwciała IgM (anty-B. burgdorferi IgM)
S33	Borrelia afzelii Przeciwciała IgG
S35	Borrelia afzelii Przeciwciała IgM
S39	Brucella Przeciwciała IgA (anty-Brucella IgA)
S41	Brucella IgG Przeciwciała (anty-Brucella IgG)
S43	Brucella Przeciwciała IgM (anty-Brucella IgM)
S45	Brucella Przeciwciała (całkowite)
S61	Chlamydia Przeciwciała IgG
S63	Chlamydia pneumoniae Przeciwciała IgA (anty-Ch. pneumoniae IgA)
S65	Chlamydia pneumoniae Przeciwciała IgM (anty-Ch. pneumoniae IgM)
S67	Chlamydia pneumoniae Przeciwciała IgG (anty-Ch. pneumoniae IgG)
S71	Chlamydia trachomatis Przeciwciała IgA (anty-Ch. trachomatis IgA)
S73	Chlamydia trachomatis Przeciwciała IgG (anty-Ch. trachomatis IgG)
S75	Chlamydia trachomatis Przeciwciała IgM
S81	Clostridium difficile Antygen/ Toksyna A + B
S85	Clostridium tetani Przeciwciała IgG/ toksyna
S86	Clostridium tetani Przeciwciała IgG/ toksyna (ilościowo)
S87	Corynebacterium diphtheriae Przeciwciała IgG
S88	Corynebacterium diphtheriae Przeciwciała IgG (anty-C. diphtheriae toksyna IgG)
S89	Corynebacterium diphtheriae Przeciwciała IgG (anty-C. diphtheriae toksyna IgG) (ilościowo)
S90	Coxiella burnetii (Gorączka Q) IgG
S91	Coxiella burnetii IgA
S92	Coxiella burnetii IgM
T05	Amityrylina
T11	Cyklosporyna A (CsA)
T23	Etosuksymid
T27	Fenytoina
T33	Karbamazepina
T35	Klomipramina
T41	Metotreksat
T43	N-acetylo-prokainamid (NAPA)
T54	Sirolimus
T55	Teofilina
T56	Takrolimus
T57	Tobramycyna
T59	Walproinowy kwas
U42	Mycoplasma pneumoniae IgG/ IgA Przeciwciała
U45	Mycoplasma pneumoniae Przeciwciała IgG/ IgM
U90	Yersinia Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Yersinia IgG/ IgM)
U97	Yersinia enterocolitica Przeciwciała IgA/IgM
V01	Wirus Parainfluenzy typ 2 Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Parainfluenza 2 IgG/ IgM)
V05	Wirus Parainfluenzy typ 3 IgG/ IgM Przeciwciała (anty-Parainfluenza 3 IgG/ IgM)
V11	Wirus Parainfluenzy typ 1, 2, 3 Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Parainfluenza 1/2/3 IgG/ IgM)
V18	Wirus RS Przeciwciała IgG/ IgM (anty-RSV IgG/ IgM)
V25	Wirus różyczki (Rubella virus) Przeciwciała IgG/ IgM
V27	Wirus zapalenia wątroby typu A (HAV) Przeciwciała (całkowite)
V28	Wirus zapalenia wątroby typu A Przeciwciała IgG
V29	Wirus zapalenia wątroby typu A Przeciwciała IgM
V30	Wirus zapalenia wątroby typu A + B HAV IgM + HBs Antygen
V31	Wirus zapalenia wątroby typu B (HBV) Przeciwciała HBc (całkowite)
V32	Wirus zapalenia wątroby typu B HBc IgM
V33	Wirus zapalenia wątroby typu B HBc IgM (ilościowo)
V34	Wirus zapalenia wątroby typu B HBc IgG
V35	Wirus zapalenia wątroby typu B HBe Antygen
V36	Wirus zapalenia wątroby typu B HBe/anty Hbe
V37	Wirus zapalenia wątroby typu B Przeciwciała HBc IgG + HBs
V38	Wirus zapalenia wątroby typu B HBe Przeciwciała
V40	Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen (ilościowo)
V41	Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen (potwierdzający)
V42	Wirus zapalenia wątroby typu B Przeciwciała HBs
V43	Wirus zapalenia wątroby typu B HBc IgG/HBs Przeciwciała
V44	Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen + HBc IgM
V48	Wirus zapalenia wątroby typu C (HCV) Przeciwciała (anty-HCV)
V50	Wirus zapalenia wątroby typu C Przeciwciała IgM
V52	Wirus zapalenia wątroby typu C Przeciwciała IgG
V57	Wirus zapalenia wątroby typu D (HDV) Antygen
V58	Wirus zapalenia wątroby typu D Przeciwciała
V59	Wirus zapalenia wątroby typu D Przeciwciała (ilościowo)
V60	Wirus zapalenia wątroby typu D Przeciwciała IgG
V61	Wirus zapalenia wątroby typu D Przeciwciała IgM
V62	Wirus zapalenia wątroby typu E (HEV) Przeciwciała
V63	Wirus zapalenia wątroby typu E Przeciwciała IgG
V64	Wirus zapalenia wątroby typu E Przeciwciała IgM
V65	Wirus zapalenia wątroby typu E Przeciwciała IgG/ IgM
V70	Wirus Varicella-Zoster Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Varicella-Zoster IgG/ IgM)
W11	Aspergillus fumigatus Przeciwciała IgG/ IgM
W19	Candida albicans Przeciwciała IgG/ IgM (anty-mannanowe)
X47	Toxoplasma gondii Przeciwciała IgG + IgM Przeciwciała
X49	Toxoplasma gondii Awidność Przeciwciała IgG (anty-T. gondii)

W3 Badania dodatkowe - grupa 2

ICD-9	
04.14	Badanie metodą pojedynczego włókna (SFEMG)
29.1901	Stroboskopia
29.1902	Videostroboskopia
67.191	Kolposkopia
87.35	Mammografia z kontrastem
87.372	Mammografia obu piersi
87.62	Seriogram górnego odcinka przewodu pokarmowego
87.63	Seriogram jelita cienkiego
87.732	Urografia z kontrastem jonowym
87.76	Cystoureterografia wsteczna
88.14	Fistulografia
88.66	Flebografia żył kończyny dolnej
88.718	USG przezciężciowe
88.793	USG kończyn górnych lub kończyn dolnych
89.141	Elektroencefalogram (EEG)
89.142	Holter EEG
89.152	Somatosensoryczne potencjały wywołane (SEP)
89.153	Sluchowe potencjały wywołane z pnia mózgu (BAEP)
89.158	Zmiana nastawień – programowanie stymulatora nerwu błędnego
89.404	Kontrola stymulatora resynchronizującego serca [CRT-P]
	Kontrola automatycznego kardiowertera-defibrylatora jedno- lub dwujamowego z oceną zdarzeń
89.405	arytmicznych
89.406	Kontrola automatycznego kardiowertera-defibrylatora z funkcją stymulacji resynchronizującej
89.441	Badanie wysiłkowe izotopowe z talem – z lub bez stymulacji przezprzelykowej
	Monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi za pomocą urządzeń analogowych lub cyfrowych (typu
89.501	Holter) - Holter RR
	Monitorowanie czynności serca za pomocą urządzeń analogowych lub cyfrowych (typu Holter) -
89.502	Holter EKG
91.37	Badanie nasienia (seminogram)
95.1906	OCT - Optyczna koherentna tomografia oka
99.9956	Test pochyleniowy (tilt test)
C11	Fosfataza zasadowa granulocytów
C13	Granulocyty – badanie aktywności fagocytarnej
C15	Granulocyty zasadochłonne – test bezpośredniej degranulacji
C33	Limfadenogram
C35	Limfoblasty
C37	Limfocyty B
C39	Limfocyty BCD5+
C41	Limfocyty T
C43	Limfocyty TCD4+
C45	Limfocyty TCD8+
C47	Metamielocyty
C63	Płytki krwi - badanie agregacji
E21	Diagnostyka konfliktu matczyno- płodowego
E31	Kwalifikacja do podania immunoglobuliny anti-Rh(D) (profilaktyka konfliktu RhD)
F21	Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgG - test potwierdzenia
F24	Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgM - test potwierdzenia
F25	Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgG/ IgM
F54	Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgG - test potwierdzenia
F90	Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Przeciwciała (test potwierdzający)
G07	Białko S
G14	Trombina – test generacji
J41	HLA B27
K02	Chitotriazydaza
L62	Homocysteina
L68	Hormon antymüllerowski
M62	Leptyna
N63	Przeciwciała przeciw antygenom nadnerczy
N65	Przeciwciała przeciw antygenom przytarczyc
N66	Przeciwciała przeciw białkom bogatym w cytrulinę (CCP)
N67	Przeciwciała przeciw błonie podstawnej kłębków nerkowych (anty-GMB)
N69	Przeciwciała przeciw cytoplazmie (ANCA)
N71	Przeciwciała przeciw czynnikowi wewnętrznemu Castle'a (IFA)
N73	Przeciwciała przeciw desmogleinie
N75	Przeciwciała przeciw DNA dwuniciowemu (dsDNA)
N77	Przeciwciała przeciw DNA jednociowemu (ssDNA)
N79	Przeciwciała przeciw endomysium
N85	Przeciwciała przeciw histonom
N87	Przeciwciała przeciw insulinie
N89	Przeciwciała przeciw kardiolinie
N91	Przeciwciała przeciw komórkom mięśni gładkich
N93	Przeciwciała przeciw komórkom mięśni szkieletowych
N95	Przeciwciała przeciw komórkom mięśnia sercowego
N97	Przeciwciała przeciw komórkom okładzinowym żołądka
N99	Przeciwciała przeciw komórkom wysp trzustki
O01	Przeciwciała przeciw limfocytom
O03	Przeciwciała przeciw mielinie
O05	Przeciwciała przeciw mitochondriom
O07	Przeciwciała przeciw neutrofilom
O11	Przeciwciała przeciw płytkom krwi
O12	Identyfikacja alloprzeciwciał
O13	Przeciwciała przeciw receptorowi insuliny
O15	Przeciwciała przeciw receptorowi tyotropiny
O87	Witamina D - 1, 25 OH
S23	Borrelia burgdorferi (Lyme) Przeciwciała IgG - test potwierdzający
S27	Borrelia burgdorferi (Lyme) Przeciwciała IgM - test potwierdzający
S29	Borrelia burgdorferi (Lyme) IgG/ IgM Przeciwciała (anty-B.burgdorferi IgG/ IgM)
S31	Borrelia burgdorferi (Lyme) Przeciwciała IgG/ IgM - test potwierdzający
S37	Borrelia Przeciwciała (całkowite)

S77	Chlamydia trachomatis Przeciwciała IgG/ IgM
T28	5-Fluorouracyl (5-FU)
U08	Helicobacter pylori Przeciwciała IgA - test potwierdzenia
U11	Helicobacter pylori IgG Przeciwciała - test potwierdzenia
U14	Helicobacter pylori IgG/ IgA Przeciwciała (anty-H. pylori IgG/ IgA)
U19	Legionella pneumophila IgG/ IgM/ IgA
U44	Mycoplasma pneumoniae Przeciwciała IgM - test potwierdzenia
U81	Treponema pallidum Przeciwciała IgG - test potwierdzenia
U83	Treponema pallidum Przeciwciała IgM - test potwierdzenia
U93	Yersinia enterocolitica Przeciwciała IgA - test potwierdzenia
U95	Yersinia enterocolitica Przeciwciała IgG - test potwierdzenia
U98	Yersinia enterocolitica Przeciwciała IgA/ IgM - test potwierdzenia
V20	Wirus różyczki (Rubella virus) Przeciwciała IgG - test potwierdzenia
V26	Rubella virus + CMV + Toxoplasma Rubella IgG + CMV IgM + Toxo IgG
V45	Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen + Przeciwciała HBs + HBc IgG
V46	Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen + Przeciwciała + HBc IgG + HBc IgM
V49	Wirus zapalenia wątroby typu C Przeciwciała (potwierdzający)
V51	Wirus zapalenia wątroby typu C Przeciwciała IgM - test potwierdzenia
V53	Wirus zapalenia wątroby typu C Przeciwciała IgG - test potwierdzenia

W4 Badania dodatkowe - grupa 3

ICD-9	
87.64	Seriogram dolnego odcinka przewodu pokarmowego
88.725	Echokardiografia kwalifikująca dzieci do operacji kardiochirurgicznych lub kardiologicznego
	Kontrola automatycznego kardiowertera-defibrylatora z funkcją stymulacji resynchronizującej z
89.407	oceną zdarzeń arytmicznych komory [CRT-D]
	Wielodniowe monitorowanie czynności serca za pomocą urządzeń analogowych lub cyfrowych
89.503	(typu Holter) - Event Holter, Holter 72 godz.
95.21	Elektroretinografia (ERG)
95.22	Elektrookulografia (EOG)
95.23	Zapis wzrokowego potencjału wzbudzonego (wzrokowe potencjały wywołane – VEP, VER)
C49	Mieloblasty
E64	Diagnostyka niedokrwistości autoimmunohemolitycznej
F26	Cytomegalovirus (CMV) DNA
F92	Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) RNA / DNA
G70	Oznaczenie aktywności czynnika IX
I02	Acylokarnityny
I16	Aminokwasy
I84	Białko PAPP-A – osoczowe białko ciężowe A
M76	L-karnityna całkowita
M78	L-karnityna wolna
M82	Kwasy tłuszczowe bardzo długociąguchowe (VLCFA)
M92	β2-mikroglobulina
O62	Kwasy organiczne
O74	Urydylotransferaza galaktozo – 1 fosforanowa (GALT)
S79	Chlamydia trachomatis DNA
S83	Clostridium difficile DNA toxin A i B
U05	Haemophilus influenzae DNA
U27	Listeria monocytogenes DNA
U28	Mycobacterium avium DNA
U29	Mycobacterium avium complex DNA
U30	Mycobacterium kansasii DNA
U31	Mycobacterium gordonae DNA
U32	Mycobacterium intracellulare DNA
U37	Mycobacterium tuberculosis complex DNA
U46	Neisseria gonorrhoeae DNA
U70	Staphylococcus aureus DNA
U73	Streptococcus pneumoniae DNA
U78	Streptococcus Gr. B DNA
V47	Wirus zapalenia wątroby typu B HBV-DNA
V55	Wirus zapalenia wątroby typu C HCV-RNA
V56	Wirus zapalenia wątroby typu C HCV-RNA (ilościowo)
V81	Wirus Varicella-Zoster VZV-DNA
W15	Blastomyces dermatitidis DNA
W29	Coccidioides immitis DNA
W33	Histoplasma capsulatum DNA

W5 Badania dodatkowe - grupa 4

ICD-9	
L91	Immunoglobuliny E swoiste (IgE)

W6 Badania dodatkowe - grupa 5

ICD-9	
18.111	Otoskopia
18.112	Videootoskopia
21.291	Rinoskopia przednia
21.292	Rinoskopia środkowa
95.1913	Badanie w lampie szczelinowej
A09	Bilirubina w moczu
A11	Ciała ketonowe w moczu
A12	Ciężar właściwy moczu
A13	Erytrocyty/ hemoglobina w moczu
A14	Leukocyty w moczu
A15	Glukoza w moczu
A19	Osad moczu
A25	Urobilinogen w moczu
C02	Erytrocyty – liczba
C30	Leukocyty – liczba
C32	Leukocyty – obraz odsetkowy
C01	Erytroblasty
C67	Promielocyty

W7 Badania dodatkowe - grupa 6

ICD-9	
89.394	Elektromiografia
04.13	Elektroencefalografia

W8 Badania dodatkowe - grupa 7

ICD-9	
89.383	Badanie spirometryczne
89.522	Elektrokardiogram z 12 lub więcej odprowadzeniami (z opisem)

W9 Badania dodatkowe - grupa 8

ICD-9	
88.716	USG przezczaszkiowa – doppler
88.751	USG naczyń nerkowych – doppler
88.776	USG naczyń kończyn górnych – doppler
88.779	USG innych obszarów układu naczyniowego – doppler

W10 Badania dodatkowe - grupa 9

ICD-9	
88.714	USG naczyń szyi – doppler
88.721	Echokardiografia
88.777	USG naczyń kończyn dolnych – doppler
89.202	Uroflowmetria z oceną ultrasonograficzną objętości moczu zalegającego w pęcherzu po mikcji
89.41	Badanie wysiłkowe serca na bieżni ruchomej
89.43	Badanie wysiłkowe serca na ergometrze rowerowym
F38	Wirus brodawczaka ludzkiego (HPV) HPV-DNA

W11 Badania dodatkowe - grupa 10

ICD-9	
89.201	Pomiar szybkości przepływu cewkowego (uroflowmetria)

W12 Badania dodatkowe - grupa 11

ICD-9	
95.121	Angiografia fluoresceinowa
87.733	Urografia z kontrastem niejonowym
88.36	Limfangiografia kończyny dolnej
88.726	Echokardiografia obciążeniowa - wysiłkowa
G91	ADAMTS13 – stężenie

W13 Badania dodatkowe - grupa 12

ICD-9	
88.722	Echokardiografia przezprzełykowa
88.723	Echokardiografia obciążeniowa
89.203	Badanie urodynamiczne bez profilometrii cewkowej i elektromiografii (EMG)
G92	ADAMTS13 – aktywność
G93	ADAMTS13 – inhibitor

W14 Badania dodatkowe - grupa 13

ICD-9

89.204	Badanie urodynamiczne z elektromiografią bez profilometrii cewkowej
89.205	Badanie urodynamiczne z profilometrią cewkową i elektromiografią
89.206	Badanie urodynamiczne z testem ciśnieniowo-przepływowym

W15 Badania dodatkowe - grupa 14

ICD-9

95.122	Angiografia indocyjaninowa
--------	----------------------------

W16 Badania dodatkowe - grupa 15

ICD-9

91.447	Badanie mikroskopowe materiału biologicznego – badanie cytologiczne
91.891	Badanie mikroskopowe materiału biologicznego – preparat bezpośredni

* Ranga procedury:

0 - procedura nie uwzględniana w procesie grupowania

2 - procedura uwzględniana w procesie grupowania wyłącznie jednokrotnie

4 - procedura może być uwzględniana w procesie grupowania jedno-, bądź wielokrotnie

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Ranga ICD-9

4

Ranga ICD-9

0
0
0
0
0
0
0
0
0
0
0
0
0
0
0
0
0
0
0
0
0

Ranga ICD-9

4
4

Ranga ICD-9

2
2

Ranga ICD-9

2
2
2
2

Ranga ICD-9

2
2
2

2
2
2
2

Ranga ICD-9

2

Ranga ICD-9

2
2
2
2
2

Ranga ICD-9

2
2
2
2
2

Ranga ICD-9

2
2
2

Ranga ICD-9

2

Ranga ICD-9

2
2

Charakterystyka grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych

Grupy zabiegowe Z i PZ

Ranga*

Z01 Świadczenia zabiegowe - grupa 1

wymagane wskazanie do 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy Z01

ICD-9			
06.111	Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy		4

Z09 Świadczenia zabiegowe - grupa 9

wymagane wskazanie procedury z listy Z09

ICD-9			
99.921	Akupunktura – leczenie bólu przewlekłego		2

Z10 Świadczenia zabiegowe - grupa 10

wymagane wskazanie procedury z listy Z10

ICD-9			
04.80	Wstrzyknięcie do nerwu obwodowego – nieokreślone inaczej		2
99.2909	Wlew dożylny innej substancji leczniczej		2

Z13 Świadczenia zabiegowe - grupa 13

wymagane wskazanie procedury z listy Z13

ICD-9			
23.2207	Założenie szyny z pelotą lub płytą nagryzową przy złamaniach z przemieszczeniem szczęki lub dna oczodołu lub wyrostka		2
80.453	kłykciowego żuchwy		2
80.454	Uwolnienie więzadła – nadgarstek		2
	Uwolnienie więzadła – ręka i palce		2

Z22 Świadczenia zabiegowe - grupa 22

wymagane wskazanie procedury z listy Z22

ICD-9			
85.131	Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią pod kontrolą USG		2
85.132	Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią stereotaktyczna		2

Z23 Świadczenia zabiegowe - grupa 23

wymagane wskazanie procedury z listy Z23

ICD-9			
38.691	Inne wycięcie naczynia- żył kończyny dolnej (udowa)		2
76.93	Zamknięte nastawienie zwichnięcia stawu skroniowo-żuchwowego		2

Z24 Świadczenia zabiegowe - grupa 24

wymagane wskazanie procedury z listy Z24

ICD-9			
60.111	Biopsja stercza przezodbytnicza wielomiejscowa		2

Z25 Świadczenia zabiegowe - grupa 25

wymagane wskazanie procedury z listy Z25

ICD-9			
93.3930	Prądy TENS		2
93.57	Założenie opatrunku na ranę – inne		2
98.01	Usunięcie ciała obcego ze światła jamy ustnej bez nacięcia		2
98.17	Usunięcie ciała obcego ze światła pochwy bez nacięcia		2
98.18	Usunięcie ciała obcego z przetoki sztucznej bez nacięcia		2
98.20	Usunięcie ciała obcego bez nacięcia – inne		2
98.23	Usunięcie ciała obcego ze sromu bez nacięcia		2
98.24	Usunięcie ciała obcego z prącia/moszny bez nacięcia		2
98.25	Usunięcie ciała obcego z tułowia, z wyjątkiem moszny, prącia lub sromu – bez nacięcia		2
98.26	Usunięcie ciała obcego z ręki bez nacięcia		2
98.27	Usunięcie ciała obcego z kończyny górnej, z wyjątkiem dłoni – bez nacięcia		2
98.28	Usunięcie ciała obcego ze stopy bez nacięcia		2
98.29	Usunięcie ciała obcego z nogi, z wyjątkiem stopy – bez nacięcia		2
99.821	Lecznice naświetlania promieniami ultrafioletowymi chorób skóry		2
99.89	Zabieg fizykoterapii przeciwbólowo		2

Z27 Świadczenia zabiegowe - grupa 27

wymagane wskazanie procedury z listy Z27

ICD-9		
00.9600	Elektrokoagulacja zmian powierzchniowych	2
00.9601	Krioterapia zmian powierzchniowych	2
00.9602	Laseroterapia zmian powierzchniowych	2
57.01	Drenaż pęcherza moczowego bez nacięcia	2
57.029	Usunięcie skrzepów z pęcherza bez nacięcia – inne	2
57.95	Wymiana cewnika wprowadzonego do pęcherza moczowego na stałe	2
85.81	Szycie rany piersi	2
86.03	Nacięcie torbieli skórastej	2
86.058	Usunięcie drenu (drenów) z ran pooperacyjnych	2
86.32	Kriochirurgiczne zniszczenie skóry	2
86.34	Zniszczenie skóry laserem	2
86.381	Radykalne wycięcie pojedynczej zmiany skóry, średnica wycięcia do 4,0 cm	2
86.52	Szycie pojedynczej rany skóry i tkanki podskórnej, długości do 4,0 cm	2
86.54	Szycie licznych ran skóry i tkanki podskórnej, poniżej 4 ran	2
97.03	Wymiana cewnika w przetocze jelita cienkiego	2
97.04	Wymiana cewnika w przetocze jelita grubego	2
97.16	Wymiana tamponu lub drenu w ranie	2
97.26	Wymiana tamponady lub drenu pochwy lub sromu	2
97.41	Usunięcie drenu torakotomijnego lub drenu z jamy opłucnowej	2
97.611	Usunięcie cewnika z nefrostomii i pielostomii	2
97.631	Usunięcie cewnika z cystostomii	2
97.65	Usunięcie szynowania z cewki moczowej	2
97.81	Usunięcie drenu zaotrzewnowego	2
97.82	Usunięcie drenu otrzewnowego	2
98.19	Usunięcie ciała obcego ze światła cewki moczowej bez nacięcia	2

Z31 Świadczenia zabiegowe - grupa 31

wymagane wskazanie procedury z listy Z31

ICD-9		
86.221	Oczyszczenie przez wycięcie zdewitalizowanej tkanki	2
86.222	Wycięcie martwiczej tkanki	2
86.223	Wycięcie wilgotnej tkanki martwiczej	2
86.271	Usunięcie tkanki martwiczej	2
86.272	Usunięcie wilgotnej tkanki martwiczej	2
86.281	Usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez szczoteczkowanie	2
86.282	Usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez irygację pod ciśnieniem	2
86.283	Usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez zdrapanie	2
86.284	Usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez przemycie	2

Z32 Świadczenia zabiegowe - grupa 32

wymagane wskazanie procedury z listy Z32

ICD-9		
45.251	Zamknięta biopsja jelita grubego z bliżej nieokreślonego miejsca	2
45.252	Pobranie materiału przez wyszczoteczkowanie lub wypłukanie jelita grubego	2
60.113	Przezskórna biopsja gruczołu krokowego (nakłucie przez krocze)	2
64.21	Wycięcie lub biopsja i zniszczenie zmiany skóry prącia	2

Z39 Świadczenia zabiegowe - grupa 39

wymagane wskazanie procedury z listy Z39

ICD-9		
79.01	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kość ramienna	4
79.02	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kość promieniowa/ łokciowa (ramię - inne)	4
79.03	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kości nadgarstka i kości śródreżcza (ręka)	4
79.04	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – paliczki ręki	4
79.06	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kość piszczelowa/kość strzałkowa	4
79.07	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kości stępu/kości śródstopia (noga)	4
79.08	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – paliczki stopy	4
79.091	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – inne wyszczególnione kości (obojczyk)	4
79.092	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – inne wyszczególnione kości (żebra)	4
79.094	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – inne wyszczególnione kości (rzepek)	4
79.71	Zamknięte nastawienie zwichnięcia barku	4
79.72	Zamknięte nastawienie zwichnięcia łokcia	4
79.73	Zamknięte nastawienie zwichnięcia nadgarstka	4
79.74	Zamknięte nastawienie zwichnięcia ręki i palców	4
79.76	Zamknięte nastawienie zwichnięcia kolana	4
79.77	Zamknięte nastawienie zwichnięcia kostki	4
79.78	Zamknięte nastawienie zwichnięcia stopy i palców	4

Z44 Świadczenia zabiegowe - grupa 44

wymagane wskazanie procedury z listy Z44

ICD-9		
08.201	Inne usunięcie gruczołu tarczowego	2
08.21	Wycięcie gradówki	2
08.38	Korekcja przykurczu powiek	2
08.41	Termokauteryzacja podwiniętej/wywniętej powieki	2
08.42	Podszycie podwiniętej/wywniętej powieki	2
08.511	Powiększenie szczeliny powiek	2
08.521	Zszycie kąta szpary powiekowej	2
08.522	Zszycie tarczki	2
08.71	Rekonstrukcja brzegu powieki niepełnej grubości	2
08.81	Zszycie liniowej rany powieki/ brwi	2
10.31	Wycięcie zmiany ze spojówki	2
10.32	Zniszczenie zmiany na spojówce	2
10.331	Usunięcie ziarniny jąglicznej	2
10.6	Operacja naprawcza skaleczenia spojówki	2
10.91	Iniekcja podspojówkowa	2
12.21	Diagnostyczna aspiracja treści z przedniej komory oka	2
12.54	Przecięcie twardówki z zewnątrz	2
12.73	Cyklofotokoagulacja	2
12.75	Gonioplastyka laserowa	2
12.76	Trabekuloplastyka laserowa	2
12.91	Lecnicze opróżnienie komory przedniej oka	2
12.921	Wstrzyknięcie powietrza do komory przedniej oka	2
12.922	Wstrzyknięcie płynu do przedniej komory oka	2
12.923	Wstrzyknięcie leku do przedniej komory oka	2

Z48 Świadczenia zabiegowe - grupa 48

wymagane wskazanie procedury z listy Z48

ICD-9		
14.22	Zniszczenie zmiany naczyniówki/ siatkówki – krioterapia	2
14.24	Fotokoagulacja (laser) zmiany naczyniówki/siatkówki	4
14.25	Fotokoagulacja zmiany naczyniówki/siatkówki – inne	4
14.32	Rozerwanie siatkówki – leczenie krioterapią	2
14.34	Rozerwanie siatkówki – leczenie fotokoagulacją (laser)	2
14.35	Rozerwanie siatkówki – leczenie fotokoagulacją – inne	2
14.54	Odwartwienie siatkówki – leczenie fotokoagulacją (laser)	2
14.55	Odwartwienie siatkówki – leczenie fotokoagulacją – inne	2
48.31	Radykalna elektrokoagulacja zmiany odbytnicy	2
48.32	Elektrokoagulacja zmiany odbytnicy - inne	2
49.43	Kauteryzacja hemoroidów	2
49.45	Podwiązanie hemoroidów	2
58.22	Inna uretroskopia	2

Z53 Świadczenia zabiegowe - grupa 53

wymagane wskazanie procedury z listy Z53

ICD-9		
97.23	Wymiana rurki tracheostomijnej	2
97.632	Wymiana cewnika w cystostomii	2

Z56 Świadczenia zabiegowe - grupa 56

wymagane wskazanie procedury z listy Z56

ICD-9		
21.01	Przednia tamponada nosa przy krwotoku	2

Z57 Świadczenia zabiegowe - grupa 57

wymagane wskazanie procedury z listy Z57

ICD-9		
12.122	Nacięcie tęczówki	2
12.124	Nacięcie tęczówki z użyciem lasera	2
12.19	Wycięcie tęczówki – inne	2
12.35	Nakłucie tęczówki	2
12.413	Zniszczenie zmiany tęczówki przez fotokoagulację	2
12.51	Nakłucie kąta przesącza bez nacięcia kąta	2
21.13	Nacięcie przegrody nosowej	2
21.14	Drenaż ropnia przegrody nosa	2
21.71	Zamknięte nastawienie złamania nosa	2
33.21	Bronchoskopia przez przetokę	2
33.22	Bronchoskopia fiberoskopowa	2
33.231	Bronchoskopia autofluorescencyjna	2
33.239	Bronchoskopia – inna	2
38.94	Wenesekcja	2

Z58 Świadczenia zabiegowe - grupa 58

wymagane wskazanie procedury z listy Z58

ICD-9		
13.64	Przecięcie wtórnej błony (po zaćmie) (kapsulotomia laserowa)	2
13.65	Wycięcie wtórnej błony po zaćmie	2
13.66	Rozdrobnienie wtórnej błony po zaćmie	2
18.02	Nacięcie zewnętrznego przewodu słuchowego	2
18.291	Przyżeganie ucha zewnętrznego	2
18.293	Kriochirurgia ucha zewnętrznego	2
18.294	Łyzeczkowanie ucha zewnętrznego	2
20.1	Usunięcie rurki tympanostomijnej	2
64.41	Szycie rany pracy	2
78.632	Usunięcie stymulatora wzrostu kości (inwazyjnego) – kość ramienna	2
86.741	Umocowanie przez wydłużony płat	2
86.742	Umocowanie przez podwójne uszypułowany płat	2
86.744	Umocowanie przez zrotowany płat	2

Z61 Świadczenia zabiegowe - grupa 61

wymagane wskazanie procedury z listy Z61

ICD-9		
21.02	Tyłna i przednia tamponada nosa przy krwotoku	2
21.18	Endoskopowy drenaż ropnia przegrody nosa	2
21.91	Uwolnienie zrostów nosowych	2

Z72 Świadczenia zabiegowe - grupa 72

wymagane wskazanie procedury z listy Z72

ICD-9		
60.261	Przecawkowa termoterapia stercza falami o częstotliwości radiowej (TURF)	2
60.262	Przecawkowa termoterapia mikrofalowa stercza (TUMT)	2
99.974	Uzupełnienie pompy baklofenem	2

Z74 Świadczenia ortoptycznie-pleoptyczne

wymagane wskazanie procedury z listy Z74

ICD-9		
95.35	Ćwiczenia ortoptyczne	2
93.3999	Zabiegi fizjoterapeutyczne – inne	2

Z75 Świadczenia logopedyczne

wymagane wskazanie procedury z listy Z75

ICD-9		
93.72	Terapia afazji (i dysfazji)	2
93.73	Ćwiczenie mowy przełykowej	2
93.74	Terapia defektów wymowy	2
93.75	Leczenie/ćwiczenia wymowy – inne	2

Z76 Świadczenia zabiegowe - grupa 76

wymagane wskazanie co najmniej 2 procedur z listy Z76

ICD-9		
79.01	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kość ramienna	4
79.02	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kość promieniowa/tokciowa (ramię - inne)	4
79.03	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kości nadgarstka i kości śródreżca (ręka)	4
79.04	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – paliczki ręki	4
79.06	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kość piszczelowa/kość strzałkowa	4
79.07	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kości stępu/kości śródstopia (noga)	4
79.08	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – paliczki stopy	4
79.091	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – inne wyszczególnione kości (obojezyk)	4
79.092	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – inne wyszczególnione kości (żebra)	4
79.094	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – inne wyszczególnione kości (rępeka)	4
79.71	Zamknięte nastawienie zwichnięcia barku	4
79.72	Zamknięte nastawienie zwichnięcia łokcia	4
79.73	Zamknięte nastawienie zwichnięcia nadgarstka	4
79.74	Zamknięte nastawienie zwichnięcia ręki i palców	4
79.76	Zamknięte nastawienie zwichnięcia kolana	4
79.77	Zamknięte nastawienie zwichnięcia kostki	4
79.78	Zamknięte nastawienie zwichnięcia stopy i palców	4

Z78 Świadczenia zabiegowe - grupa 78

wymagane wskazanie co najmniej 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy Z78

ICD-9		
85.113	Przezskórna gruboigłowa biopsja piersi	4

Z79 Świadczenia zabiegowe - grupa 79

wymagane wskazanie co najmniej 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy Z79a

lub
wymagane wskazanie procedury z listy Z79b

Lista Z79a		
ICD-9		
85.114	Przezskórna gruboigłowa biopsja piersi – celowana	4
Lista Z79b		
ICD-9		
57.321	Cystoskopia przezcewkowa endoskopem sztywnym	2
57.322	Cystoskopia przezcewkowa endoskopem giętym	2

Z80 Świadczenia zabiegowe - grupa 80

wymagane wskazanie co najmniej 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy Z80

ICD-9		
14.24	Fotokoagulacja (laser) zmiany naczyniówki/siatkówki	4
14.25	Fotokoagulacja zmiany naczyniówki/siatkówki – inne	4

Z81 Świadczenia zabiegowe - grupa 81

wymagane wskazanie 2 procedur z listy Z81

ICD-9		
76.96	Wstrzyknięcie leku do stawu skroniowo-żuchwowego	4
81.92	Wstrzyknięcie leku do stawu lub więzadeł	4
82.94	Wstrzyknięcie leku do kaletki ręki	4
82.95	Wstrzyknięcie leku do ścięgna ręki	4
83.96	Wstrzyknięcie leku do kaletki maziowej	4
83.97	Wstrzyknięcie leku do ścięgna	4

Z82 Świadczenia zabiegowe - grupa 82

wymagane wskazanie do 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy Z82

ICD-9		
06.114	Biopsja gruboigłowa tarczycy – celowana	4

Z83 Świadczenia zabiegowe - grupa 83

wymagane wskazanie 1 procedury z listy Z83a oraz 1 procedury z listy Z83b

ICD-9, lista Z83a		
79.01	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kość ramienna	4
79.02	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kość promieniowa/łokciowa (ramię - inne)	4
79.03	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kości nadgarstka i kości śródręcza (ręka)	4
79.04	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – paliczki ręki	4
79.06	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kość piszczelowa/kość strzałkowa	4
79.07	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kości stępu/kości śródstopia (noga)	4
79.08	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – paliczki stopy	4
79.091	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – inne wyszczególnione kości (obojczyk)	4
79.092	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – inne wyszczególnione kości (żebra)	4
79.094	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – inne wyszczególnione kości (rzepka)	4
79.71	Zamknięte nastawienie zwichnięcia barku	4
79.72	Zamknięte nastawienie zwichnięcia łokcia	4
79.73	Zamknięte nastawienie zwichnięcia nadgarstka	4
79.74	Zamknięte nastawienie zwichnięcia ręki i palców	4
79.76	Zamknięte nastawienie zwichnięcia kolana	4
79.77	Zamknięte nastawienie zwichnięcia kostki	4
79.78	Zamknięte nastawienie zwichnięcia stopy i palców	4
ICD9, lista Z83b		
82.44	Szycie ścięgna zginacza ręki – inne	4
82.45	Szycie ścięgna ręki – inne	4
83.61	Szycie pochewki ścięgna	4
86.52	Szycie pojedynczej rany skóry i tkanki podskórnej, długości do 4,0 cm	2
86.53	Szycie pojedynczej rany skóry i tkanki podskórnej, długości powyżej 4,0 cm	2

Z84 Świadczenia zabiegowe - grupa 84

wymagane wskazanie co najmniej 2 procedur z listy Z84a oraz co najmniej 1 procedury z listy Z84b

ICD-9, lista Z84a

79.01	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kość ramienna	4
79.02	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kość promieniowa/ łokciowa (ramię - inne)	4
79.03	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kości nadgarstka i kości śródręcza (ręka)	4
79.04	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – paliczki ręki	4
79.06	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kość piszczelowa/kość strzałkowa	4
79.07	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – kości stępu/kości śródstopia (noga)	4
79.08	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – paliczki stopy	4
79.091	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – inne wyszczególnione kości (obojczyk)	4
79.092	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – inne wyszczególnione kości (żebra)	4
79.094	Zamknięte nastawienie złamania bez wewnętrznej stabilizacji – inne wyszczególnione kości (rzepka)	4
79.71	Zamknięte nastawienie zwichnięcia barku	4
79.72	Zamknięte nastawienie zwichnięcia łokcia	4
79.73	Zamknięte nastawienie zwichnięcia nadgarstka	4
79.74	Zamknięte nastawienie zwichnięcia ręki i palców	4
79.76	Zamknięte nastawienie zwichnięcia kolana	4
79.77	Zamknięte nastawienie zwichnięcia kostki	4
79.78	Zamknięte nastawienie zwichnięcia stopy i palców	4

ICD-9, lista Z84b

82.44	Szycie ścięgna zginacza ręki – inne	4
82.45	Szycie ścięgna ręki – inne	4
83.61	Szycie pochwki ścięgna	4
86.54	Szycie licznych ran skóry i tkanki podskórnej, poniżej 4 ran	2
86.55	Szycie licznych ran skóry i tkanki podskórnej, 4 ran i powyżej	2

Z87 Świadczenia zabiegowe - grupa 87

wymagane wskazanie co najmniej 3 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy Z87

ICD-9

06.111	Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy	4
--------	---	---

Z88 Świadczenia zabiegowe - grupa 88

wymagane wskazanie co najmniej 3 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy Z88

ICD-9

06.112	Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy – celowana	4
06.113	Biopsja gruboigłowa tarczycy	4

Z89 Świadczenia zabiegowe - grupa 89

wymagane wskazanie co najmniej 3 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy Z89

ICD-9

06.114	Biopsja gruboigłowa tarczycy – celowana	4
--------	---	---

Z90 Świadczenia zabiegowe - grupa 90

wymagane wskazanie do 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy Z90 oraz do 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy Z1

ICD-9

86.38	Inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany lub tkanki skóry	4
-------	---	---

Z91 Świadczenia zabiegowe - grupa 91

wymagane wskazanie co najmniej 3 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy Z91 oraz co najmniej 3 procedur oznaczonych tym samym kodem z

ICD-9

86.38	Inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany lub tkanki skóry	4
-------	---	---

Z92 Świadczenia zabiegowe - grupa 92

wymagane wskazanie co najmniej 4 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy Z92 oraz co najmniej 4 procedur oznaczonych tym samym kodem z

ICD-9

86.38	Inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany lub tkanki skóry	4
-------	---	---

Z1 Procedury dodatkowe

Y90	Badanie histopatologiczne	4
-----	---------------------------	---

Z100 Świadczenia zabiegowe - grupa 100

wymagane wskazanie procedury z listy Z100

ICD-9		
76.96	Wstrzyknięcie leku do stawu skroniowo-żuchwowego	4
81.911	Aspiracja stawu	2
81.92	Wstrzyknięcie leku do stawu lub więzadeł	4
82.92	Aspiracja z kaletki ręki	2
82.93	Aspiracja z tkanek miękkich ręki – inne	2
82.94	Wstrzyknięcie leku do kaletki ręki	4
82.95	Wstrzyknięcie leku do ścięgna ręki	4
83.94	Aspiracja z kaletki maziowej	2
83.95	Aspiracja z tkanek miękkich – inne	2
83.96	Wstrzyknięcie leku do kaletki maziowej	4
83.97	Wstrzyknięcie leku do ścięgna	4
85.91	Aspiracja z piersi	2
86.011	Aspiracja ropnia paznokcia, skóry lub tkanki podskórnej	2
86.012	Aspiracja krwiaka paznokcia, skóry lub tkanki podskórnej	2
86.013	Aspiracja nagromadzenia płynu surowiczego pod paznokciem, skórą lub tkanką podskórną	2
86.04	Nacięcie lub drenaż skóry lub tkanki podskórnej – inne	2
86.054	Usunięcie ciała obcego ze skóry i tkanki podskórnej z nacięciem	2
86.056	Usunięcie szwów, staplerów, gdzie indziej niewymienione	2
86.23	Usunięcie paznokcia, łozyska paznokcia lub obróbka naskórkowego	2
97.14	Wymiana innego przyrządu unieruchamiającego	2
97.15	Wymiana cewnika w ranie	2
97.38	Usunięcie szwów z głowy lub szyi	2
97.43	Usunięcie szwów z klatki piersiowej	2
97.621	Usunięcie cewnika z moczowodu i z ureterostomii	2
97.641	Usunięcie cewnika założonego na stałe z dróg moczowych	2
97.71	Usunięcie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej	2
97.73	Usunięcie krążka wewnątrzpochwowego	2
97.74	Usunięcie innego pesarium pochwowego	2
97.76	Usunięcie wewnątrzmacicznej wkładki leczniczej	2
97.79	Usunięcie innego przyrządu z dróg rodnych	2
97.83	Usunięcie szwów ze ściany jamy brzusznej	2
97.84	Usunięcie szwów z tułowia – niesklasyfikowane gdzie indziej	2
97.881	Usunięcie klamry	2
97.882	Usunięcie gipsu	2
97.891	Usunięcie szwów z innej okolicy	2

Z101 Świadczenia zabiegowe - grupa 101

wymagane wskazanie procedury z listy Z101

ICD-9		
20.091	Aspiracja ucha środkowego – nieokreślona inaczej	2
20.399	Zabiegi diagnostyczne ucha środkowego i wewnętrznego – inne	2
20.81	Katetyzacja trąbki Eustachiusza	2
20.82	Przedmuchiwanie trąbki Eustachiusza	2
20.84	Wdmuchnięcie kwasu bornego/salicylowego do trąbki Eustachiusza	2
20.85	Przedmuchiwanie trąbki Eustachiusza metodą Politzera	2
23.2001	Nacięcie powierzchniowo, podśluzówkowo lub podskórnie leżącego ropnia włącznie z drenażem i opatrunkiem	2
85.111	Przeżskórna cienkoigłowa biopsja piersi	2
97.32	Usunięcie tamponady nosa	2
97.37	Usunięcie rurki tracheostomijnej	2
99.123	Podanie szczepionki na jady owadów – dawka podtrzymująca	2
99.9959	Płukanie długoterminowego implantowanego podskórnie zestawu typu "PORT" wraz z cewnikiem umieszczonym w żyłę centralnej	2

Z102 Świadczenia zabiegowe - grupa 102

wymagane wskazanie procedury z listy Z102

ICD-9		
08.01	Nacięcie brzegu powieki	2
08.09	Nacięcie powieki oka – inne	2
08.22	Wycięcie innej małej zmiany powieki	2
08.25	Zniszczenie zmiany powieki	2
09.0	Nacięcie gruczołu łzowego	2
09.41	Zgłębnikowanie otworu łzowego	2
09.42	Zgłębnikowanie kanalika łzowego	2
09.43	Zgłębnikowanie przewodu nosowo-łzowego	2
09.51	Nacięcie otworu łzowego	2
09.52	Nacięcie kanalika łzowego	2
09.53	Nacięcie woreczka łzowego	2
09.591	Nacięcie i drenaż przewodu nosowo-łzowego – inne	2
09.72	Operacje otworu łzowego - inne	2
09.91	Obliteracja otworu łzowego	2
09.92	Płukanie dróg łzowych	2
10.0	Usunięcie ciała obcego ze spojówki	2
10.1	Inne nacięcia spojówki	2

100.42	Znieczulenie spłotów lub nerwów obwodowych (powyżej 2 godzin)	2
11.21	Skrabanie rogówki na rozmaz lub posiew	2
11.74	Termokeratoplastyka	2
18.09	Nacięcie ucha zewnętrznego – inne	2
18.299	Częściowe wycięcie małżowiny usznej	2
21.12	Nacięcie skóry nosa	2
21.32	Miejscowe wycięcie lub zniszczenie innych zmian nosa	2
22.02	Aspiracja lub przepłukanie zatoki nosa przez naturalne ujście	2
24.0	Nacięcie dziąsła lub kości zębodołowej	2
24.31	Wycięcie zmiany/tkanki dziąsła	2
25.1	Zniszczenie lub wycięcie zmiany języka	2
25.51	Szycie rany języka	2
27.1	Nacięcie podniebienia	2
27.51	Szycie rany wargi	2
27.52	Szycie rany jamy ustnej – inne	2
27.71	Nacięcie języczka	2
27.92	Nacięcia w obrębie jamy ustnej – inne	2
28.91	Usunięcie ciała obcego z migdałka podniebiennego i migdałka gardłowego przez nacięcie	2
34.041	Drenaż jamy opłucnowej	2
34.092	Nakłucie międzyżebra	2
34.095	Nakłucie opłucnej – punkcja odbarczająca	2
34.71	Szycie rany ściany klatki piersiowej	2
34.91	Nakłucie klatki piersiowej	2
49.01	Nacięcie ropnia okołoodbytniczego	2
54.956	Nakłucie otrzewnej – punkcja odbarczająca	2
57.94	Wprowadzenie na stałe cewnika do pęcherza moczowego	2
58.61	Rozszerzenie połączenia cewkowo- pęcherzowego	2
58.651	Rozszerzenie odcinka końcowego cewki żeńskiej	2
58.652	Rozszerzenie zwężenia cewki żeńskiej	2
67.324	Elektrokoagulacja szyjki macicy	2
67.33	Kriokonizacja szyjki macicy	2
67.34	Laseroterapia zmiany szyjki macicy	2
69.7	Wprowadzenie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej	2
69.91	Wprowadzenie leczniczej wkładki do macicy	2
69.92	Sztuczna inseminacja	2
75.1	Amniocenteza diagnostyczna	2
78.611	Usunięcie zewnętrznego – inwazyjnego stabilizatora kości – łopatka, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek)	2
78.612	Usunięcie zewnętrznego – inwazyjnego stabilizatora kości – kość ramienna	2
78.613	Usunięcie zewnętrznego – inwazyjnego stabilizatora kości – kość promieniowa/kość łokciowa	2
78.614	Usunięcie zewnętrznego – inwazyjnego stabilizatora kości – kości nadgarstka/śródręcza/paliczki (ręki)	2
78.617	Usunięcie zewnętrznego – inwazyjnego stabilizatora kości – kość piszczelowa/kość strzałkowa	2
78.618	Usunięcie zewnętrznego – inwazyjnego stabilizatora kości – kości stępu/kości śródstopia/paliczki (stopy)	2
85.112	Przeznaczenie cienkoigłowa biopsja piersi – celowana	4
86.081	Założenie pompy insulinowej	2
86.53	Szycie pojedynczej rany skóry i tkanki podskórnej, długości powyżej 4,0 cm	2
86.55	Szycie licznych ran skóry i tkanki podskórnej, 4 ran i powyżej	2
93.51	Założenie gorsetu gipsowego	2
93.53	Założenie innego unieruchomienia gipsowego	2
93.541	Założenie szyny z gipsem	2
93.542	Założenie szyny Kramera	2
93.549	Założenie innej szyny unieruchamiającej	2
97.11	Wymiana opatrunku unieruchamiającego kończyny górnej	2
97.12	Wymiana opatrunku unieruchamiającego kończyny dolnej	2
97.13	Wymiana opatrunku unieruchamiającego innej okolicy	2
97.171	Usunięcie zespolenia zewnętrznego – łopatka, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek)	2
97.173	Usunięcie zespolenia zewnętrznego – kość promieniowa/kość łokciowa	2
97.174	Usunięcie zespolenia zewnętrznego – kości nadgarstka/śródręcza/paliczki (ręki)	2
97.176	Usunięcie zespolenia zewnętrznego – rzepek	2
97.177	Usunięcie zespolenia zewnętrznego – kość piszczelowa/kość strzałkowa	2
97.21	Wymiana tamponady nosa	2
98.11	Usunięcie ciała obcego ze światła ucha bez nacięcia	2
98.12	Usunięcie ciała obcego ze światła nosa bez nacięcia	2
98.13	Usunięcie ciała obcego ze światła gardła bez nacięcia	2
98.15	Usunięcie ciała obcego ze światła tchawicy i oskrzela bez nacięcia	2
98.21	Usunięcie powierzchniowego ciała obcego z oka bez nacięcia	2
98.221	Usunięcie ciała obcego wbitego w powiekę lub spojówkę bez nacięcia	2
99.2900	Wlew do pęcherza moczowego szczepionki BCG	2

Z103 Świadczenia zabiegowe - grupa 103

wymagane wskazanie procedury z listy Z103

ICD-9		
08.11	Biopsja powieki	2
09.11	Biopsja gruczołu łzowego	2
09.12	Biopsja woreczka łzowego	2
10.21	Biopsja spojówki	2
18.12	Biopsja ucha zewnętrznego	2
18.292	Koagulacja ucha zewnętrznego	2
18.295	Elektrokoagulacja ucha zewnętrznego	2
20.32	Biopsja ucha środkowego i wewnętrznego	2
21.15	Nacięcie małżowiny nosa – (konchotomia) częściowa podśluzówkowa	2
21.22	Biopsja nosa	2
21.81	Szycie rany nosa	2
21.92	Odwartwienie błony śluzowej przegrody nosa	2
22.00	Aspiracja i płukanie zatok nosa – nieokreślone inaczej	2
22.01	Punkcja zatoki nosa/plukanie/aspiracja	2
22.11	Zamknięta igłowa biopsja zatoki nosa	2
22.191	Endoskopia zatok nosa bez biopsji	2
23.1703	Usunięcie głęboko złamanego zęba przez dłutowanie wewnątrzzębodołowe przy zastosowaniu wiertła, dźwigni	2
23.1704	Usunięcie zęba przez dłutowanie zewnątrzzębodołowe z wytworzeniem płata śluzówkowo-okostnowego	2
23.1809	Chirurgiczne zaopatrzenie małej rany obejmującej do 3 zębodołów włącznie ze szwem	2
23.1810	Chirurgiczne zaopatrzenie małej rany obejmującej do 2-3 zębodołów włącznie z opracowaniem i szwami	2
23.1817	Krioterapia niewielkich zmian w obrębie tkanek miękkich jamy ustnej	2
23.2102	Repozycja i unieruchomienie złamanego fragmentu wyrostka zębodołowego z zębem lub zębami	2
24.11	Biopsja dziąsła	2
24.12	Biopsja wyrostka zębodołowego	2
24.32	Szycie rozerwanego dziąsła	2
24.511	Plastyka wyrostka zębodołowego – przykorzeniowa	2
24.514	Plastyka wyrostka zębodołowego – prosta	2
25.01	Zamknięta (igłowa) biopsja języka	2
26.11	Biopsja igłowa ślinianki/przewodu	2
27.22	Biopsja podniebienia miękkiego/języczka	2
27.23	Biopsja wargi	2
27.24	Biopsja jamy ustnej – inne	2
27.311	Miejscowe zniszczenie zmiany lub tkanek podniebienia twardego przez kauteryzację	2
27.312	Miejscowe zniszczenie zmiany lub tkanek podniebienia twardego przez chemioterapię	2
27.313	Miejscowe zniszczenie zmiany lub tkanek podniebienia twardego przez krioterapię	2
27.319	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanek podniebienia twardego – inne	2
27.491	Wycięcie zmiany w zakresie przedsionka jamy ustnej	2
27.93	Plastyka wędzidełka wargi, języka, policzka	2
28.01	Drenaż ropnia (przez jamę ustną) (przez szyję): okologardłowego	2
28.04	Drenaż ropnia (przez jamę ustną) (przez szyję): migdałka	2
28.05	Nacięcie migdałka lub struktur okomigdałkowych	2
28.11	Biopsja migdałka podniebiennego i migdałka gardłowego	2
29.12	Biopsja gardła	2
34.094	Nakłucie opłucnej – pobranie materiału do analiz	2
34.23	Biopsja ściany klatki piersiowej,	2
34.24	Biopsja opłucnej	2
34.25	Przezskórna igłowa biopsja śródpiersia	2
40.10	Biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych)	2
40.11	Biopsja układu limfatycznego	2
48.22	Wziernikowanie odbytnicy i esicy przez sztuczną przetokę	2
48.23	Procto-sigmoidoskopia sztywnym wziernikiem	2
49.22	Biopsja okołoodbytowa	2
54.241	Zamknięta biopsja: sieci	2
54.29	Zabiegi diagnostyczne okolicy jamy brzusznej - inne	2
54.957	Nakłucie otrzewnej – pobranie materiału do analiz	2
58.231	Uretroskopia uretro-albo cystoskopem sztywnym i biopsja cewki	2
58.232	Uretroskopia uretroscystoskopem giętym i biopsja cewki	2
58.24	Biopsja tkanek okołocewkowych	2
58.313	Uretroskopia uretro- albo cystoskopem sztywnym oraz zniszczenie laserem zmiany cewki	2
60.15	Biopsja tkanek okołosterczowych	2
83.21	Biopsja tkanek miękkich	2
85.113	Przezskórna gruboigłowa biopsja piersi	4
85.98	Usunięcie zastawki (portu) ekspanderoprotezy piersiowej	2
86.11	Biopsja skóry/ tkanki podskórnej	2
86.382	Radykalne wycięcie pojedynczej zmiany skóry, średnica wycięcia powyżej 4,0 cm	2
86.383	Radykalne wycięcie do 4 zmian skóry	2
97.612	Wymiana cewnika w nefrostomii i pielostomii	2

Z104 Świadczenia zabiegowe - grupa 104

wymagane wskazanie procedury z listy Z104

ICD-9		
26.91	Sondowanie przewodu ślinowego	2
26.99	Operacje ślinianek – inne	2

Z105 Świadczenia zabiegowe - grupa 105

wymagane wskazanie procedury z listy Z105

ICD-9		
12.72	Cyklokrioterapia	2
18.4	Szycie rany ucha zewnętrznego	2
20.099	Nacięcie błony bębenkowej – inne	2
20.94	Wstrzyknięcie do jamy bębenkowej	2
23.1808	Wyluszczenie kamienia z przewodu ślinianki	2
25.91	Podcięcie wędzidełka języka	2
25.92	Wycięcie wędzidełka języka	2
26.0	Nacięcie ślinianki/przewodu ślinowego	2
26.493	Przeszczepienie ujścia przewodu ślinowego	2
27.21	Biopsja kości podniebienia	2
27.41	Wycięcie wędzidełka wargi	2
27.91	Nacięcie wędzidełka wargi	2
44.981	Wlew roztworu fizjologicznego w celu dopasowania urządzenia	2
48.35	Miejscowe wycięcie zmiany odbytnicy	2
49.03	Wycięcie polipowatej wyrostki odbytu	2
49.23	Biopsja odbytu	2
49.31	Endoskopowe wycięcie/ zniszczenie zmiany/ tkanki odbytu	2
49.52	Tylne nacięcie zwieracza odbytu	2
49.59	Nacięcie zwieracza odbytu – inne	2
49.931	Usunięcie ciała obcego z odbytu z nacięciem	2
55.95	Miejscowe płukanie układu kielichowo-miedniczkowego	2
57.04	Usunięcie ciała obcego z pęcherza bez nacięcia	2
76.11	Biopsja kości twarzy	2
77.41	Biopsja kości – łopatką, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek)	2
77.42	Biopsja kości – kość ramienna	2
77.43	Biopsja kości – kość promieniowa/kość łokciowa	2
77.44	Biopsja kości – kości nadgarstka/śródręcza	2
77.45	Biopsja kości – kość udowa	2
77.46	Biopsja kości – rzepka	2
77.47	Biopsja kości – kość piszczelowa/kość strzałkowa	2
77.48	Biopsja kości – kości stępu/ kości śródstopia	2
77.491	Biopsja kości – inne kości (miednica)	2
77.492	Biopsja kości – inne kości (paliczki palców stopy/ręki)	2
85.114	Przezskórna gruboigłowa biopsja piersi – celowana	4
86.051	Usunięcie urządzenia do zapisywania sygnałów	2
86.052	Usunięcie generatora tkankowego impulsów do neurostymulacji	2
86.384	Radykalne wycięcie powyżej 4 zmian skóry	2

Z106 Świadczenia zabiegowe - grupa 106

wymagane wskazanie rozpoznania z listy Z106 oraz co najmniej 1 procedury z listy Z106

ICD-10		
E10.4	Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami neurologicznymi)	
E10.5	Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami w zakresie krążenia obwodowego)	
E11.4	Cukrzyca insulinoniezależna (z powikłaniami neurologicznymi)	
E11.5	Cukrzyca insulinoniezależna (z powikłaniami w zakresie krążenia obwodowego)	
ICD-9		
86.221	Oczyszczenie przez wycięcie zdewitalizowanej tkanki	2
86.222	Wycięcie martwiczej tkanki	2
86.223	Wycięcie wilgotnej tkanki martwiczej	2
86.271	Usunięcie tkanki martwiczej	2
86.272	Usunięcie wilgotnej tkanki martwiczej	2

Z107 Świadczenia zabiegowe - grupa 107

wymagane wskazanie procedury z listy Z107

ICD-9		
23.1705	Operacyjne usunięcie zęba zatrzymanego	2
23.1706	Operacyjne odsłonięcie zatrzymanego zęba z naklejeniem zaczepu ortodontycznego	2
23.1707	Operacyjne – usunięcie zawiązków zębów ze wskazań ortodontycznych	2
23.1708	Usunięcie zębów w znieczuleniu ogólnym u pacjentów z niedorozwojem umysłowym	2
32.09	Inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany lub tkanki oskrzela	2
33.24	Endoskopowa biopsja oskrzela	2
33.272	Przezoskrzelowa biopsja płuca	2
40.23	Wycięcie pachowego węzła chłonnego	2
40.24	Wycięcie pachwinowego węzła chłonnego	2
40.291	Wycięcie torbieli limfatycznej	2
40.293	Proste wycięcie węzła chłonnego	2
82.012	Nacięcie pochewki ścięgna ręki	2
82.03	Nacięcie kaletki maziowej ręki	2
82.12	Nacięcie powięzi ręki	2
82.211	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna ręki (nadgarstek)	2
82.22	Wycięcie zmiany mięśnia ręki	2
82.44	Szycie ścięgna zginacza ręki – inne	4
82.45	Szycie ścięgna ręki – inne	4
83.011	Nacięcie pochewki ścięgna	2
83.039	Nacięcie kaletki – inne	2
83.311	Wycięcie zmiany pochewki ścięgna	2
83.312	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna, z wyjątkiem ręki	2
83.329	Wycięcie zmiany mięśnia – inne	2
83.44	Wycięcie powięzi-inne	2
83.61	Szycie pochewki ścięgna	4
86.21	Wycięcie cysty lub zatoki pilonidalnej	2
97.36	Usunięcie innego przyrządu zewnętrznej fiksacji żuchwy	2

Z108 Świadczenia zabiegowe - grupa 108

wymagane wskazanie procedury z listy Z108

ICD-9		
42.29	Zabiegi diagnostyczne przełyku – inne	2
49.29	Zabiegi diagnostyczne odbytu lub tkanek okołoodbytniczych – inne	2
89.32	Manometria przełyku	2
89.390	pH-metria przełyku	2

Z109 Świadczenia zabiegowe - grupa 109

wymagane wskazanie procedury z listy Z109

ICD-9		
23.2206	Założenie szyny przy zwłknięciach, reimplantacjach lub transplantacjach zębów	2

Z110 Świadczenia zabiegowe - grupa 110

wymagane wskazanie do 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy Z110

ICD-9		
06.112	Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy – celowana	4
06.113	Biopsja gruboigłowa tarczycy	4
14.11	Diagnostyczna aspiracja ciała szklistego	2
14.19	Diagnostyczne zabiegi tylnej części oka – inne	2
16.22	Diagnostyczna aspiracja oczodołu	2
33.26	Przezskórna igłowa biopsja płuca	2
64.0	Operacja stulejki	2
64.11	Biopsja prącia	2
64.24	Biopsja i zniszczenie zmiany skóry prącia i moszny laserem	2
67.321	Elektrokonizacja szyjki macicy	2
85.02	Nacięcie sutka	2
85.21	Miejscowe wycięcie zmiany piersi	2

Z111 Świadczenia zabiegowe - grupa 111

wymagane wskazanie procedury z listy Z111

ICD-9		
13.69	Usunięcie zaćmy inne	2
39.94	Wymiana kaniuli naczynia do naczynia	2
58.492	Późna naprawa położniczej przetoki cewkowo – pochwowej	2
60.96	Nacięcie przezcewkowe stercza (TUIP)	2
98.51	Pozaustrójowa litotrypsja nerki/moczowodu/pęcherza	2

Z112 Świadczenia zabiegowe - grupa 112

wymagane wskazanie co najmniej 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy Z112

ICD-9		
85.112	Przezskórna cienkoigłowa biopsja piersi – celowana	4

Z113 Świadczenia zabiegowe - grupa 113

wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego z listy Z113 oraz procedury z listy Z113

ICD-10		
J44.0	Przewlekła zaporowa choroba płuc z ostrym zakażeniem dolnych dróg oddechowych	
J44.1	Nieokreślona przewlekła zaporowa choroba płuc w okresie zaostrzenia	
J45.0	Dychawica oskrzelowa w głównej mierze z przyczyn uczuleniowych	
J45.1	Dychawica oskrzelowa nieuczuleniowa	
J45.8	Dychawica oskrzelowa mieszana	
J45.9	Nieokreślona dychawica oskrzelowa	
L50	Pokrzywka	
L54	Rumień w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	
R06	Zaburzenia oddychania	
R55	Omdlenie i zapaść	
ICD-9		
99.2909	Wlew dożylny innej substancji leczniczej	2

Z114 Świadczenia zabiegowe – grupa 114

wymagane wskazanie procedury z listy Z114

ICD-9		
99.2900	Wlew do pęcherza moczowego szczepionki BCG	2

Z115 Świadczenia zabiegowe – grupa 115

wymagane wskazanie 1 procedury z listy Z115a oraz 1 procedury z listy Z115b

ICD-9, lista Z115a		
41.311	Biopsja aspiracyjna szpiku kostnego	2
ICD-9, lista Z115b		
C51	Mielogram	2

Z116 Świadczenia zabiegowe – grupa 116

wymagane wskazanie procedury z listy Z116

ICD-9		
41.312	Trepanobiopsja szpiku kostnego	2

Z117 Świadczenia zabiegowe – grupa 117

wymagane wskazanie procedury z listy Z117

ICD-9		
67.11	Biopsja kanału szyjki macicy	2
67.12	Wycinki z szyjki macicy (biopsja skrawkowa)	2
67.31	Marsupializacja torbieli szyjki macicy	2
70.13	Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych	2
70.24	Biopsja pochwy	2
71.01	Uwolnienie zrostów sromu	2
71.099	Nacięcie sromu/krocza – inne	2
71.11	Biopsja sromu	2

Z118 Świadczenia zabiegowe – grupa 118

wymagane wskazanie procedury z listy Z118

ICD-9		
66.8	Przedmuchiwanie i przepłukiwanie jajowodu	2
67.39	Zniszczenie lub wycięcie zmiany lub tkanki szyjki macicy – inne	2
71.22	Nacięcie torbieli gruczołu Bartholina	2
71.23	Marsupializacja torbieli gruczołu Bartholina	2

Z119 Świadczenia zabiegowe – grupa 119

wymagane wskazanie procedury z listy Z119

ICD-9		
71.091	Powiększenie wejścia do pochwy	2
71.3	Inne częściowe wycięcie lub zniszczenie zmian chorobowych w obrębie sromu i krocza	2

Z120 Świadczenia zabiegowe – grupa 120

wymagane wskazanie procedury z listy Z120

ICD-9		
68.12	Histeroskopia diagnostyczna	2
68.231	Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy	2
69.03	Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy – diagnostyczne	2
69.04	Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy – lecznicze	2
69.59	Inne aspiracyjne lyżeczkowanie macicy	2

Z121 Świadczenia zabiegowe – grupa 121

wymagane wskazanie procedury z listy Z121

ICD-9		
67.2	Konizacja szyjki macicy	2
68.232	Histeroskopowa ablacja endometrium	2

Z122 Świadczenia zabiegowe – grupa 122

wymagane wskazanie procedury z listy Z122

ICD-9		
03.901	Wprowadzenie cewnika do przestrzeni nadtworówkowej, podpajęczynówkowej lub podtworówkowej rdzenia z przerwaniem lub ciągłym wlewem leku	2
03.921	Dokanałowe wstrzyknięcie sterydów	2
04.21	Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez wstrzyknięcie czynnika neurolytycznego	2
05.31	Wstrzyknięcie środka znieczulającego do nerwu współczulnego	2
05.39	Wstrzyknięcie do nerwu współczulnego lub zwoju – inne	2

Z123 Świadczenia zabiegowe – grupa 123

wymagane wskazanie procedury z listy Z123

ICD-9		
04.24	Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane niską temperaturą	2
04.25	Zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane wysoką temperaturą	2

Z124 Świadczenia zabiegowe – grupa 124

wymagane wskazanie procedury z listy Z124

ICD-9		
04.81	Wstrzyknięcie środka znieczulającego do nerwu obwodowego	2
04.89	Wstrzyknięcie do nerwu obwodowego z wyjątkiem środków neurolytycznych	2

PZ25 Świadczenia zabiegowe pielęgniarstwa lub położnej - grupa 25

wymagane wskazanie procedury z listy PZ25

ICD-9		
93.57	Założenie opatrunku na ranę – inne	2

PZ100 Świadczenia zabiegowe pielęgniarstwa lub położnej - grupa 100

wymagane wskazanie procedury z listy PZ100

ICD-9		
86.056	Usunięcie szwów, staplerów, gdzie indziej niewymienione	2
97.38	Usunięcie szwów z głowy lub szyi	2
97.43	Usunięcie szwów z klatki piersiowej	2
97.83	Usunięcie szwów ze ścian jamy brzusznej	2
97.84	Usunięcie szwów z tułowia – niesklasyfikowane gdzie indziej	2
97.891	Usunięcie szwów z innej okolicy	2

PZ106 Świadczenia zabiegowe pielęgniarstwa lub położnej - grupa 106

wymagane wskazanie rozpoznania z listy PZ106 oraz co najmniej 1 procedury z listy PZ106

ICD-10		
E10.4	Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami neurologicznymi)	
E10.5	Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami w zakresie krążenia obwodowego)	
E11.4	Cukrzyca insulinoniezależna (z powikłaniami neurologicznymi)	
E11.5	Cukrzyca insulinoniezależna (z powikłaniami w zakresie krążenia obwodowego)	
ICD-9		
86.221	Oczyszczenie przez wycięcie zdewitalizowanej tkanki	2
86.222	Wycięcie martwiczej tkanki	2
86.223	Wycięcie wilgotnej tkanki martwiczej	2
86.271	Usunięcie tkanki martwiczej	2
86.272	Usunięcie wilgotnej tkanki martwiczej	2

* Ranga procedury:

0 - procedura nie uwzględniana w procesie grupowania

2 - procedura uwzględniana w procesie grupowania wyłącznie jednokrotnie

4 - procedura może być uwzględniana w procesie grupowania jedno-, bądź wielokrotnie

Grupy - skazy krwotoczne

SKDP1 Skazy krwotoczne – diagnostyka podstawowa, etap I

konieczne wskazanie kodu rozpoznania zasadniczego ICD-10 z listy SKDP1, 5 procedur z listy SK1 oraz 4 procedur z listy SK2

Lista SKDP1

ICD-10	
D66	Dziedziczny niedobór czynnika VIII
D67	Dziedziczny niedobór czynnika IX
D68.0	Choroba von Willebranda
D68.1	Dziedziczny niedobór czynnika XI
D68.2	Dziedziczny niedobór innych czynników krzepnięcia
D68.3	Skazy krwotoczne zależne od obecności antykoagulantów krążących
D68.4	Nabyty niedobór czynników krzepnięcia
D68.8	Inne określone zaburzenia krzepnięcia
D68.9	Zaburzenie krzepnięcia, nieokreślone
D69.0	Plamica alergiczna
D69.1	Jakościowe defekty płytek krwi
D69.3	Samoistna plamica małopłytkowa
D69.4	Inna pierwotna małopłytkowość
D69.8	Inne określone skazy krwotoczne
D69.9	Skaza krwotoczna, nieokreślona
M31.1	Zakrzepowa mikroangiopatia

Lista SK1

ICD-9		Ranga* ICD-9
C55	Morfologia krwi, z pełnym różnicowaniem granulocytów	2
C66	Płytki krwi – liczba	2
G11	Czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT)	2
G13	Czas fibrynolizy (lisy skrzepu euglobulin)	2
G21	Czas protrombinowy (PT)	2
G23	Czas reptylazowy (RT)	2
G25	Czas trombinowy (TT)	2
G53	Fibrynogen (FIBR)	2
L05	Ferrytyna	2

Lista SK2

ICD-9		
C64	Płytki krwi – agregacja pod wpływem różnych stężeń ristocetyny (test RIPA)	2
C83	Płytki krwi – czas okluzji	2
E65	Oznaczenie grupy krwi układu ABO i Rh	2
G01	α -2-antyplazmina	2
G14	Trombina - test generacji	2
G16	Ocena rozpuszczalności skrzepu w 5-molowym roztworze mocznika	2
G26	Czynnik krzepnięcia II (FII)	2
G28	Czynnik krzepnięcia IXAg (FIXAg)	2
G29	Czynnik krzepnięcia V (FV)	2
G31	Czynnik krzepnięcia VII (FVII)	2
G32	Czynnik krzepnięcia VIII – aktywność (metodą chromogenną)	2
G33	Czynnik krzepnięcia VIII (FVIII)	2
G34	Czynnik krzepnięcia VIII Ag (FVIIIAg)	2
G36	Czynnik krzepnięcia IX (FIX) – aktywność (metodą koagulacyjną jednostopniową)	2
G37	Czynnik krzepnięcia X (FX)	2
G38	Czynnik krzepnięcia IX (FIX) – aktywność (metodą chromogenną)	2
G39	Czynnik krzepnięcia XI (FXI)	2
G41	Czynnik krzepnięcia XII (FXII)	2
G43	Czynnik krzepnięcia XIII (FXIII)	2
G47	Czynnik von Willebranda (vWF)	2
G50	Czynnik von Willebranda (vWF) – aktywność (wiążanie do kolagenu)	2
G51	Czynnik von Willebranda (vWF) – aktywność (wiążanie do GPIb)	2
G52	Czynnik von Willebranda (vWF) – aktywność kofaktora ristocetyny	2
G54	Fibrynogen (FIBR) – metodą inną niż koagulometryczna	2
G65	Inhibitor aktywatora plazminogenu 1 (PAI1)	2
G69	Inhibitory krzepnięcia	2
G79	Plazminogen	2
G94	Inhibitor czynnika krzepnięcia VIII – miano	2
G95	Inhibitor czynnika krzepnięcia IX – miano	2
I64	Antykoagulant toczniowy	2

SKDP2 Skazy krwotoczne – diagnostyka podstawowa, etap II

konieczne wskazanie kodu rozpoznania zasadniczego ICD-10 z listy SKDP1 oraz 1 procedury z listy SK1 i 2 procedur z listy SK2

SKDP3 Skazy krwotoczne – diagnostyka podstawowa, etap III

konieczne wskazanie kodu rozpoznania zasadniczego ICD-10 z listy SKDP1 oraz 1 procedury z listy SK1 i 1 procedury z listy SK2

SKDR1 Skazy krwotoczne – diagnostyka rozszerzona, etap I

konieczne wskazanie kodu rozpoznania zasadniczego ICD-10 z listy SKDP1 oraz 1 procedury z listy SK1,1 procedury z listy SK2 i 1 procedury z listy SK3

Lista SK3

ICD-9		
C63	Płytki krwi - badanie agregacji	2
C81	Płytki krwi – ocena ekspresji GPIb/ IX/ V	2
C82	Płytki krwi – ocena ekspresji GPIIb/ IIIa	2
G46	Czynnik von Willebranda (vWF) – test wiązania z czynnikiem VIII	2
G48	Czynnik von Willebranda (vWF) – analiza multimerów	2
G85	Tromboelastogram	2
G91	ADAMTS13 – stężenie	2
G92	ADAMTS13 – aktywność	2
G93	ADAMTS13 – inhibitor	2

SKDR2 Skazy krwotoczne – diagnostyka rozszerzona, etap II

konieczne wskazanie kodu rozpoznania zasadniczego ICD-10 z listy SKDP1 oraz 1 procedury z listy SK1 lub z listy SK2 i 1 procedury z listy SK3

SKOZP Skazy krwotoczne – podstawowa ocena stanu zdrowia

konieczne wskazanie kodu rozpoznania zasadniczego ICD-10 z listy SKOZP oraz 5 procedur listy SK4 i 1 procedury z listy SK5

Lista SKOZP

ICD-10	
D66	Dziedziczny niedobór czynnika VIII
D67	Dziedziczny niedobór czynnika IX
D68.0	Choroba von Willebranda
D68.1	Dziedziczny niedobór czynnika XI
D68.2	Dziedziczny niedobór innych czynników krzepnięcia
D68.3	Skazy krwotoczne zależne od obecności antykoagulantów krążących
D68.4	Nabyty niedobór czynników krzepnięcia
D68.8	Inne określone zaburzenia krzepnięcia
D69.0	Plamica alergiczna
D69.1	Jakościowe defekty płytek krwi
D69.3	Samoistna plamica małopłytkowa
D69.4	Inna pierwotna małopłytkowość
D69.8	Inne określone skazy krwotoczne
M31.1	Zakrzepowa mikroangiopatia

Lista SK4

ICD-9		
A01	Badanie ogólne moczu (profil)	2
A17	Krew utajona w kale	2
C55	Morfologia krwi, z pełnym różnicowaniem granulocytów	2
F91	Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Antygen/ Przeciwciała	2
G11	Czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT)	2
G21	Czas protrombinowy (PT)	2
G25	Czas trombinowy (TT)	2
G53	Fibrynogen (FIBR)	2
I17	Aminotransferaza alaninowa (ALT)	2
I19	Aminotransferaza asparaginianowa (AST)	2
I61	Antygen swoisty dla stercza (PSA) całkowity	2
I79	Białko całkowite, rozdział elektroforetyczny	2
I81	Białko C-reaktywne (CRP)	2
I89	Bilirubina całkowita	2
I99	Cholesterol całkowity	2
K01	Cholesterol HDL	2
K03	Cholesterol LDL	2
K33	Dehydrogenaza mleczanowa (LDH)	2
L05	Ferrytyna	2
L07	α-fetoproteina (AFP)	2
L11	Fosfataza alkaliczna	2
L31	Gamma glutamylotranspeptydaza (GGTP)	2
L43	Glukoza z krwi żyłnej	2
M37	Kreatynina	2
M45	Kwas moczowy	2
N13	Mocznik	2
N45	Potas (K)	2
O35	Sód (Na)	2
O43	Transferyna	2
O49	Triglicerydy	2
O91	Witamina D - 25 OH	2
V39	Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen	2
V42	Wirus zapalenia wątroby typu B Przeciwciała HBs	2
V48	Wirus zapalenia wątroby typu C (HCV) Przeciwciała (anty-HCV)	2

Lista SK5

ICD-9		
C83	Płytki krwi – czas okluzji	2
G14	Trombina - test generacji	2
G26	Czynnik krzepnięcia II (FII)	2
G29	Czynnik krzepnięcia V (FV)	2
G31	Czynnik krzepnięcia VII (FVII)	2
G32	Czynnik krzepnięcia VIII (FVIII) – aktywność (metodą chromogenną)	2
G33	Czynnik krzepnięcia VIII (FVIII)	2

G36	Czynnik krzepnięcia IX (FIX) – aktywność (metodą koagulacyjną jednostopniową)	2
G37	Czynnik krzepnięcia X (FX)	2
G39	Czynnik krzepnięcia XI (FXI)	2
G41	Czynnik krzepnięcia XII (FXII)	2
G43	Czynnik krzepnięcia XIII (FXIII)	2
G52	Czynnik von Willebranda (vWF) – aktywność kofaktora ristocetyny	2
G69	Inhibitory krzepnięcia	2
G85	Tromboelastogram	2
G94	Inhibitor czynnika krzepnięcia VIII – miano	2
G95	Inhibitor czynnika krzepnięcia IX – miano	2
V55	Wirus zapalenia wątroby typu C HCV-RNA	2

SKOZR Skazy krwotoczne – rozszerzona ocena stanu zdrowia

konieczne wskazanie kodu rozpoznania zasadniczego ICD-10 z listy SKOZP oraz 14 procedur z listy SK4, 2 procedur z listy SK5 i 2 procedur z listy SK6

Lista SK6

ICD-9		Ranga* ICD-9
87.440	RTG klatki piersiowej	2
88.22	Zdjęcie RTG kości łokcia/przedramienia	2
88.26	Zdjęcie RTG kości miednicy/biodra - inne	2
88.27	Zdjęcie RTG uda/kolana/podudzia	2
88.28	Zdjęcie RTG kostki/stopy	2
88.714	USG naczyń szyi – doppler	2
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	2
88.769	USG brzucha – inne	2
88.791	USG wielomiejscowe	2
88.794	USG stawów barkowych	2
88.795	USG stawów łokciowych	2
88.796	USG stawów rąk lub stawów stóp	2
88.797	USG stawów biodrowych	2
88.798	USG stawów kolanowych	2

* Ranga procedury:

0 - procedura nie uwzględniana w procesie grupowania

2 - procedura uwzględniana w procesie grupowania wyłącznie jednokrotnie

4 - procedura może być uwzględniana w procesie grupowania jedno-, bądź wielokrotnie

Grupy - reumatologia

RDP Reumatologia – diagnostyka podstawowa

konieczne wskazanie co najmniej 3 procedur z listy RDP 1 oraz co najmniej 2 procedur z listy RDP 2

Lista RDP 1

ICD-9	
88.793	USG kończyn górnych lub dolnych
88.794	USG stawów barkowych
88.795	USG stawów łokciowych
88.796	USG stawów rąk lub stawów stóp
88.797	USG stawów biodrowych
88.798	USG stawów kolanowych
A01	Badanie ogólne moczu (profil)
C53	Morfologia krwi 8-parametrowa
C55	Morfologia krwi, z pełnym różnicowaniem granulocytów
C59	Odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)
E05	Badanie w kierunku nieregularnych przeciwciał
F19	Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgG (anty-Cytomegalovirus IgG)
F21	Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgG - test potwierdzenia
F23	Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgM (anty-Cytomegalovirus IgM)
F24	Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgM - test potwierdzenia
F25	Cytomegalovirus (CMV) Przeciwciała IgG/ IgM
F53	Wirus Epstein Barr IgG Przeciwciała
F54	Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgG - test potwierdzenia
F56	Wirus Epstein Barr Przeciwciała IgM
F90	Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Przeciwciała (test potwierdzający)
F91	Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Antygen/ Przeciwciała
I17	Aminotransferaza alaninowa (ALT)
I19	Aminotransferaza asparaginianowa (AST)
I79	Białko całkowite, rozdział elektroforetyczny
I81	Białko C-reaktywne (CRP)
I99	Cholesterol całkowity
K01	Cholesterol HDL
K03	Cholesterol LDL
K21	Czynnik reumatoidalny (RF)
K33	Dehydrogenaza mleczanowa (LDH)
L11	Fosfataza alkaliczna
L43	Glukoza z krwi żyłnej
L69	Hormon tyreotropowy (TSH)
L99	Interferon
M18	Kinaza fosfokreatynowa (CK)
M41	Kwas foliowy
M45	Kwas moczowy
O49	Triglicerydy
O77	Wapń całkowity (Ca)
O83	Witamina B12
S21	Borrelia burgdorferi (Lyme) IgG Przeciwciała (anty-B.burgdorferi IgG)
S23	Borrelia burgdorferi (Lyme) Przeciwciała IgG - test potwierdzający
S25	Borrelia burgdorferi (Lyme) Przeciwciała IgM (anty-B.burgdorferi IgM)
S27	Borrelia burgdorferi (Lyme) Przeciwciała IgM - test potwierdzający
S37	Borrelia Przeciwciała (całkowite)
S65	Chlamydia pneumoniae Przeciwciała IgM (anty-Ch. pneumoniae IgM)
S67	Chlamydia pneumoniae Przeciwciała IgG (anty-Ch. pneumoniae IgG)
S73	Chlamydia trachomatis Przeciwciała IgG (anty-Ch. trachomatis IgG)
S75	Chlamydia trachomatis Przeciwciała IgM*
U87	Yersinia Przeciwciała IgG (anty-Yersinia IgG)
U88	Yersinia Przeciwciała IgM (anty-Yersinia IgM)
U89	Yersinia Przeciwciała IgA (anty-Yersinia IgA)
U90	Yersinia Przeciwciała IgG/ IgM (anty-Yersinia IgG/ IgM)
U91	Yersinia Przeciwciała IgG/ A (anty-Yersinia IgG/ A)
U92	Yersinia enterocolitica Przeciwciała IgA
U93	Yersinia enterocolitica Przeciwciała IgA - test potwierdzenia
U94	Yersinia enterocolitica Przeciwciała IgG
U95	Yersinia enterocolitica Przeciwciała IgG - test potwierdzenia
U96	Yersinia enterocolitica Przeciwciała IgM
U97	Yersinia enterocolitica Przeciwciała IgA/IgM
U98	Yersinia enterocolitica Przeciwciała IgA/ IgM - test potwierdzenia
U99	Yersinia Antygen (surowica monowaletna O:3; O:9)
V31	Wirus zapalenia wątroby typu B (HBV) Przeciwciała HBc (całkowite)
V39	Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen
V48	Wirus zapalenia wątroby typu C (HCV) Przeciwciała (anty-HCV)

Lista RDP 2

ICD-9	
81.911	Aspiracja stawu
87.164	Rtg zatok nosa
87.176	Rtg czaszki – przeglądowe
87.222	RTG kręgosłupa odcinka szyjnego - celowane lub czynnościowe
87.231	RTG kręgosłupa odcinka piersiowego
87.232	RTG kręgosłupa odcinka piersiowego - celowane lub czynnościowe
87.241	RTG kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego – przeglądowe
87.242	RTG kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego - celowane lub czynnościowe
87.432	Rtg mostka
87.440	Rtg klatki piersiowej
88.241	RTG kości kończyny górnej celowane lub czynnościowe

88.291	RTG kości kończyny dolnej celowane lub czynnościowe
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej
88.981	Dwufotonowa absorbcjometria (densytometria z kości udowej lub kręgosłupa)
A05	Badanie płynu z jamy ciała (opłucnej, otrzewnej)
I64	Antykoagulant toczeniowy
J41	HLA B27
K67	Dopełniacz, składowa C1q
K69	Dopełniacz, składowa C1r
K71	Dopełniacz, składowa C1s*
K73	Dopełniacz, składowa C2
K75	Dopełniacz, składowa C3
K77	Dopełniacz, składowa C4
K79	Dopełniacz, składowa C5
L05	Ferrytyna
N66	Przeciwciała przeciw białkom bogatym w cytrulinę (CCP)
N69	Przeciwciała przeciw cytoplazmie (ANCA)
N75	Przeciwciała przeciw DNA dwuniciowemu (dsDNA)
N89	Przeciwciała przeciw kardiolipinie
O21	Przeciwciała przeciwiądrowe (ANA)
O45	Transferyna, wskaźnik nasycenia żelazem
O91	Witamina D - 25 OH
O93	Żelazo - całkowita zdolność wiązania (TIBC)
O95	Żelazo (Fe)
	HLA-Cw6 badanie genetyczne

RDR Reumatologia – diagnostyka rozszerzona

konieczne wskazanie co najmniej 1 procedury z listy RDR 1 i co najmniej 5 procedur z listy RDR 2

Lista RDR 1

ICD-9	
44.13	Gastroskopia - inne
44.161	Gastroskopia diagnostyczna z testem ureazowym
44.162	Gastroskopia diagnostyczna z biopsją
45.231	Fiberokolonoskopia
45.253	Kolonoskopia z biopsją
87.030	TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego
87.031	TK głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
87.032	TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym
87.033	TK tętnic głowy i szyi
87.049	TK głowy ze wzmocnieniem kontrastowym
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
87.415	TK tętnic klatki piersiowej (w tym aorta) nie obejmuje: tętnic wieńcowych;
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
88.013	TK tętnic jamy brzusznej (w tym aorta)
88.380	TK tętnic wieńcowych obejmuje: pacjentów po zabiegach koronoplastyki lub wszczepieniu pomostów aortalno-wieńcowych;
88.381	TK tętnic kończyn
88.383	TK kręgosłupa szyjnego bez wzmocnienia kontrastowego
88.384	TK kręgosłupa szyjnego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.385	TK kręgosłupa piersiowego bez wzmocnienia kontrastowego
88.386	TK kręgosłupa piersiowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.387	TK kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego bez wzmocnienia kontrastowego
88.388	TK kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.900	RM głowy bez wzmocnienia kontrastowego
88.901	RM głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.902	RM kończyny górnej bez wzmocnienia kontrastowego
88.903	RM kończyny górnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.904	RM kończyny dolnej bez wzmocnienia kontrastowego
88.905	RM kończyny dolnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.931	RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka szyjnego bez wzmocnienia kontrastowego
88.932	RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka lędźwiowego (lędźwiowo-krzyżowego) bez wzmocnienia kontrastowego
88.933	RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka piersiowego bez wzmocnienia kontrastowego
88.936	RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka szyjnego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.937	RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka lędźwiowego (lędźwiowo-krzyżowego) bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.938	RM kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka piersiowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym
88.977	Angiografia bez wzmocnienia kontrastowego – RM
88.978	Angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym – RM
88.979	Badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym - RM

Lista RDR 2

ICD-9	
41.311	Biopsja aspiracyjna szpiku kostnego
88.714	USG naczyń szyi – doppler
88.717	USG ślinianek
88.721	Echokardiografia
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej
88.776	USG naczyń kończyn górnych - doppler
88.777	USG naczyń kończyn dolnych - doppler
88.779	USG innych obszarów układu naczyniowego - doppler
88.793	USG kończyn górnych lub dolnych
88.794	USG stawów barkowych
88.795	USG stawów łokciowych
88.796	USG stawów rąk lub stawów stóp
88.797	USG stawów biodrowych
88.798	USG stawów kolanowych
89.141	Elektroencefalografia (EEG)
89.384	Badanie zdolności dyfuzyjnej płuc
89.394	Elektromiografia

89.501	Monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi za pomocą urządzeń analogowych lub cyfrowych (typu Holter) – Holter RR
89.502	Monitorowanie czynności serca za pomocą urządzeń analogowych lub cyfrowych (typu Holter) – Holter EKG
89.522	Elektrokardiogram z 12 lub więcej odprowadzeniami (z opisem)
95.1915	Test Schirmera
99.9950	Kapilaroskopia
A05	Badanie płynu z jamy ciała (opłucnej, otrzewnej)
A07	Białko w moczu (pod warunkiem, że jest to jedyny cel badania)
A17	Krew utajona w kale
A21	Pasożyty/ jaja pasożytów w kale
C69	Retykulocyty
I61	Antygen swoisty dla stercza (PSA) całkowity
I63	Antygen swoisty dla stercza (PSA) wolny
G11	Czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT) (czas kaolinowo-kefalinowy)
G21	Czas protrombinowy (PT)
G49	D-Dimer
G53	Fibrynogen (FIBR)
I17	Aminotransferaza alaninowa (ALT)
I19	Aminotransferaza asparaginianowa (AST)
I21	Aminotransferaza asparaginianowa mitochondrialna
I87	Bilirubina bezpośrednia
I89	Bilirubina całkowita
I91	Bilirubina pośrednia
L05	Ferrytyna
L11	Fosfataza alkaliczna (ALP)
L15	Fosfataza kwaśna całkowita (ACP)
L23	Fosforan nieorganiczny
L31	Gamma glutamylotranspeptydaza (GGTP)
L85	Immunoglobuliny A (IgA)
L89	Immunoglobuliny E całkowite (IgE)
L93	Immunoglobuliny G (IgG)
L95	Immunoglobuliny M (IgM)
N24	NT-proBNP
N29	Parathormon (PTH)
N58	Prokalcytonina
N65	Przeciwciała przeciw antygenom przytarczyc
N75	Przeciwciała przeciw DNA dwuniciowemu (dsDNA)
N93	Przeciwciała przeciw komórkom mięśni szkieletowych
O05	Przeciwciała przeciw mitochondriom
O09	Przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej
O15	Przeciwciała przeciw receptorowi tyreotropiny
O18	Przeciwciała przeciw tyreoglobulinie
O19	Przeciwciała przeciw tyreotropinie
O21	Przeciwciała przeciwjądrowe (ANA)
O28	Rozpuszczalny receptor transferyny (sTfR)
O45	Transferyna, wskaźnik nasycenia żelazem
O59	Troponina I
O61	Troponina T
O77	Wapń całkowity (Ca)
O93	Żelazo - całkowita zdolność wiązania (TIBC)
O95	Żelazo (Fe)
27.24	Biopsja jamy ustnej – inne
86.11	Biopsja skóry/ tkanki podskórnej
83.21	Biopsja tkanek miękkich

* Ranga procedury:

0 - procedura nie uwzględniana w procesie grupowania

2 - procedura uwzględniana w procesie grupowania wyłącznie jednokrotnie

4 - procedura może być uwzględniana w procesie grupowania jedno-, bądź wielokrotnie

[illegible]

2
2
2
2
2
2
2
2
2
2
2
2

[illegible]

[illegible]