

**ZARZĄDZENIE NR 11/2023/DSOZ  
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 17 stycznia 2023 r.

**zmieniające zarządzenie w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych**

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

§ 1. W zarządzeniu Nr 3/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych (z późn. zm.<sup>1)</sup>), wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 15:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi, którzy w roku poprzedzającym rok, w którym stosowany jest współczynnik korygujący, zrealizowali świadczenia rozliczone grupą J01G, J01H lub J02 w rozpoznaniu C50 w liczbie co najmniej 250 zabiegów, wartość produktów rozliczeniowych J01G, J01H i J02 w rozpoznaniu C50, określonych w **załączniku nr 10n** do zarządzenia, korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,25.”,

b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego, którzy w roku poprzedzającym rok, w którym stosowany jest współczynnik korygujący, zrealizowali świadczenia rozliczone grupą F31 w rozpoznaniach C18 – C20 w liczbie co najmniej 75 zabiegów, wartość produktu rozliczeniowego F31 w rozpoznaniach C18 – C20, określona w **załączniku nr 10n** do zarządzenia, korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,25.”,

c) uchyla się ust. 4;

2) § 16 otrzymuje brzmienie:

„§ 16. Do rozliczania świadczeń finansowanych w ramach grup JGP:

- 1) J03O Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r. ż. w rozpoznaniach nowotworów złośliwych<sup>\*2)</sup>,
- 2) F32O Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego w rozpoznaniach nowotworów złośliwych\*,
- 3) F42O Duże zabiegi jamy brzusznej w rozpoznaniach nowotworów złośliwych\*

– uprawnieni są świadczeniodawcy spełniający kryterium kompleksowości udzielanych świadczeń onkologicznych, realizujący w danym okresie rozliczeniowym świadczenia w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych, chirurgicznego leczenia onkologicznego, radioterapii onkologicznej oraz chemioterapii lub spełniający warunek minimalnej liczby świadczeń zabiegowych, określony w załączniku nr 19 do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne dla grup J03F lub J03O, F32 lub F32O, F42 lub F42O, zrealizowanych w roku kalendarzowym poprzedzającym rok, w którym stosuje się rozliczenie świadczeń zabiegowych, wymienionych w pkt 1, 2 i 3.”;

3) załącznik nr 10n do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszego zarządzenia.

<sup>1)</sup> Zmienionym zarządzeniem Nr 28/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 marca 2022, zarządzeniem Nr 58/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2022 r. oraz zarządzeniem Nr 95/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 lipca 2022 r.

<sup>2)</sup> \*oznaczenie grup o charakterze zabiegowym

§ 2. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od 1 stycznia 2023 r.

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

**PREZES  
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Filip Nowak  
Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia  
*/dokument podpisano elektronicznie/*

Załącznik do zarządzenia Nr 11/2023/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 17 stycznia 2023 r.

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

4 (KON-Piers)	Moduł leczenia nowotworu piersi	19	5.07.01.0000012	nd	Teleradioterapia 3D z modulacją intensywności dawki	16 389	16 389						x	x	- cały cykl leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.246 Teleradioterapia 3D z modulacją intensywności dawki (3D-IMRT) — fotony, 92.292 Teleradioterapia 3D sterowana obrazem (IGRT) z modulacją intensywności dawki (3D-RotIMRT) - fotony, 92.291 Teleradioterapia 3D sterowana obrazem (IGRT) realizowana w oparciu o implanty wewnętrzne - fotony, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita		
		20	5.07.01.0000013	nd	Teleradioterapia 3D - niekoplanarna z monitoringiem tomograficznym (3D-CRT)	14 899	14 899							x	x	- cały cykl leczenia, - monitoring tomograficzny co najmniej dwukrotnie w trakcie napromieniania, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.242 Teleradioterapia 3D konformalna sterowana obrazem (IGRT) — fotony, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita	
		21	5.07.01.0000014	nd	Teleradioterapia 3D śródoperacyjna (3D-IORT)		6 114								x	x	- cały cykl leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.31 Śródoperacyjna teleradioterapia konformalna 3D (3D-IORT-f), 92.32 Śródoperacyjna teleradioterapia konformalna 3D (3D-IORT-x)
		22	5.07.01.0000023	nd	Teleradioterapia radykalna z planowaniem trójwymiarowym (3D)		11 560								x	x	- cały cykl leczenia; - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b; - obejmuje co najmniej jedną procedurę: 92.241 Teleradioterapia radykalna z planowaniem 3D — fotony, 92.251 Teleradioterapia radykalna z planowaniem 3D — elektrony, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
		23	5.07.01.0000059	nd	Teleradioterapia paliatywna proces leczenia 1 frakcją	2 812	2 812								x	x	- cały cykl leczenia, - warunki określone w zał. Nr 3a, - obejmuje procedury: 92.223 Teleradioterapia paliatywna — promieniowanie X, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
		24	5.07.01.0000060	nd	Teleradioterapia paliatywna frakcjonowana	3 551	3 551								x	x	- cały cykl leczenia, - warunki określone w zał. Nr 3a, - obejmuje procedury: 92.223 Teleradioterapia paliatywna — promieniowanie X, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
		25	5.07.01.0000061	nd	Brachyterapia 3D "real time"	15 316	15 316								x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.414 Brachyterapia śródtkankowa - planowanie 3D pod kontrolą obrazowania, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
		26	5.07.01.0000063	nd	Brachyterapia śródtkankowa w oparciu o planowanie 3D - aplikacje jednorazowe z podaniem wielu frakcji	13 001	13 001								x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.413 Brachyterapia śródtkankowa - planowanie 3D, - ICD-10 (w rozpoznaniu pierwotnym): C50 - Nowotwór złośliwy piersi, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
		27	5.07.01.0000064	nd	Brachyterapia śródtkankowa w oparciu o planowanie 3d (boost)	7 739	7 739								x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.413 Brachyterapia śródtkankowa - planowanie 3D, - ICD-10 (w rozpoznaniu pierwotnym): C50 - Nowotwór złośliwy piersi, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
		28	5.07.01.0000065	nd	Brachyterapia powierzchniowa oparta na planowaniu 3D	9 511	9 511								x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.452 Brachyterapia powierzchniowa - planowanie 3D, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
		29	5.07.01.0000067	nd	Brachyterapia śródoperacyjna	9 557	9 557								x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.46 Brachyterapia śródoperacyjna, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
		30	5.07.01.0000048	nd	Zakwaterowanie do teleradioterapii / protonoterapii	162	162									x	- za osobodzien, - obejmuje zapewnienie transportu w przypadku zakwaterowania świadczeniobiorcy poza podmiotem działalności leczniczej
		31	5.07.01.0000070	nd	Zakwaterowanie do brachyterapii	162	162									x	- za osobodzien, - obejmuje zapewnienie transportu w przypadku zakwaterowania świadczeniobiorcy poza podmiotem działalności leczniczej
		32	5.07.01.0000071	nd	Powtórne planowanie	0	0										- do sprawozdania w sytuacji stwierdzenia zmian topograficznych guza lub gdy ze względu na ubytek masy ciała zachodzi konieczność przygotowania więcej niż jednego planu leczenia, - możliwość sumowania ze świadczeniem bazowym zw. z naświetlaniem

03.02.00.00.02	Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi															
	33	5.52.01.0001423	nd	Wytworzenie stałego dostępu naczyniowego z wytworzeniem tunelu podskórnego przeznaczonego do użytku długoterminowego z hospitalizacją		1 352								x		- obejmują koszt wyrobu medycznego (koszt cewnika tunelizowanego typu Broviack, Hickman, Groshong lub Leonard, - nie podlega rozliczeniu użycie cewnika centralnego typu Certofix, Cavafix.
	34	5.52.01.0001440	nd	Hospitalizacja do teleraioterapii / terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku > 17 r.ż.	352	352								x		- za osobodzień, - do rozliczenia wyłącznie w dniach związanych z planowaniem i leczeniem radioterapią
	35	5.52.01.0001468	nd	Teleraioterapia/ brachyterapia i terapia izotopowa / terapia protonowa nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku - w trybie ambulatoryjnym		0										
	36	5.52.01.0001499	nd	Hospitalizacja do teleraioterapii / terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku < 18 r.ż. - w oddziale onkologii i hematologii-dziecięcej	545	545								x		- za osobodzień, - do rozliczenia wyłącznie w dniach związanych z planowaniem radioterapii lub leczeniem radioterapią
	37	5.52.01.0001504	nd	Hospitalizacja do chemioradioterapii > 18 r.ż.	469	469								x		- za osobodzień, - do rozliczenia w dniach związanych z leczeniem skojarzonym nowotworów - zastosowanie u pacjenta podczas jednoczesnej chemioterapii i radioterapii u tego samego świadczeniodawcy, kiedy między pierwszym a ostatnim dniem hospitalizacji do radioterapii nastąpi podanie substancji czynnej w określonych dniach z zachowaniem przerw terapeutycznych zależnych od schematu leczenia, - można sumować z produktami radioterapii oraz z produktami z zał. 1c, 1m i 1n
	38	5.52.01.0001511	nd	Badanie genetyczne materiału archiwalnego		0								x		- do rozliczenia wyłącznie z produktem: 5.53.01.0005001 lub 5.53.01.0005002 lub 5.53.01.0005003, w sytuacji konieczności modyfikacji ustalonego planu leczenia, - konieczność sprawozdania pierwotnej daty pobrania materiału do badań, - realizowane w trybie ambulatoryjnym, - zgodnie z § 26 pkt 21 zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
	39	5.52.01.0001554	nd	Hospitalizacja do brachyterapii	399	399								x		- za osobodzień, - do rozliczenia wyłącznie w dniach związanych z planowaniem lub leczeniem radioterapią lub leczeniem skutków ubocznych radioterapii lub diagnostyką związaną z leczeniem radioterapią
	40	5.52.01.0001555	nd	Hospitalizacja jednodniowa do brachyterapii	199	199								x		do rozliczenia również w sytuacji, w której obecność pacjenta jest niezbędna w procesie planowania
	41	5.52.01.0001556	nd	Hospitalizacja jednodniowa do teleraioterapii	176	176								x		do rozliczenia również w sytuacji, w której obecność pacjenta jest niezbędna w procesie planowania
	42	5.52.01.0001566	nd	Usunięcie stałego dostępu naczyniowego z wytworzonym tunelem podskórnym przeznaczonego do użytku długoterminowego z hospitalizacją		1 139								x		
	43	5.52.01.0000035	nd	Implantacja portu naczyniowego z hospitalizacją		2 974								x		- obejmują koszt wyrobu medycznego (portu), - wymagane wskazanie procedury 86.07 oraz rozpoznania zasadniczego wskazującego na przyczynę udzielenia świadczenia
	44	5.52.01.0000036	nd	Usunięcie portu naczyniowego z hospitalizacją		1 592								x		
	45	5.52.01.0001537	nd	Hospitalizacja świadczeniobiorcy onkologicznego świadczenia kompleksowego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.		0								x		
46	5.60.01.0000014	nd	opieka psychologiczna - moduł leczenia		74								x	x	- możliwość sumowania z produktem rozliczeniowym z modułu leczenia, związanym z rozliczeniem kosztów hospitalizacji	
Moduł rehabilitacja	47	5.11.02.9200001	ROKO	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach stacjonarnych		220								x		- zgodnie z kryteriami kwalifikacji określonymi w rozporządzeniu rehabilitacyjnym, - czas realizacji świadczenia ustalany indywidualnie przez lekarza, - realizacja obejmuje cykl 10 dni zabiegowych lub 20 dni zabiegowych (jednorazowo), - można sumować z produktem 5.53.01.0001649 z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
	48	5.11.02.9200002	nd	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w oddziale dziennym		88								x		zakres świadczeń obejmuje procedury ICD-9: 93.1139, 93.12, 93.1202, 93.1204, 93.1205, 93.1304, 93.1305, 93.1401, 93.1812, 93.1903, 93.1907, 93.1909, 93.3801, 93.3808, 93.3812, 93.3816, 93.3818, 93.3821, 93.3827, 93.3831, 93.3912, 93.3916, 93.3918, 93.3987, 93.3999
	49	5.11.00.0000008	nd	Porada lekarska rehabilitacyjna w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych		30								x		świadczenie rozliczane zgodnie z warunkami określonymi w zarządzeniu REH
	50	5.11.00.0000009	nd	Porada lekarska rehabilitacyjna kompleksowa w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych		66								x		obejmują co najmniej 1 procedurę diagnostyczną obrazową ICD-9: 04.14, 04.19, 87.22-87.29, 87.431, 87.433, 88.11, 88.21-24, 88.26-29, 88.33, 88.37, 88.793-798, 88.981, 88.983, lub co najmniej 2 procedury diagnostyczne laboratoryjne ICD-9: A01.A19, C53, C59, G49, I81, L11, L69, M18, M45, O75, O77, O87, O89, O91, S21, S23, S27, S29, S31, 91.831
	51	5.11.00.0000010	nd	Wizyty fizjoterapeutyczna w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych		26,35								x		świadczenie rozliczane zgodnie z warunkami określonymi w zarządzeniu REH
	52	5.11.00.0000011	nd	indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierno, czynno-bierno, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody redukcji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie mniej niż 30 min. w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych		36,49								x		- konieczność przekazania w raporcie statystycznym kodów ICD-9 odpowiednich do realizacji świadczeń, - świadczeniobiorcy przysługują nie więcej niż 5 zabiegów fizjoterapeutycznych dziennie, zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu REH, możliwych do rozliczenia za pomocą produktów rozliczeniowych o kodach 5.11.00.0000011, 5.11.00.0000012, 5.11.00.0000013
	53	5.11.00.0000012	nd	masaż suchy - cząściowy - minimum 20 minut na jednego pacjenta, w tym min. 15 minut czynnego masażu, masaż limfatyczny ręczny, masaż podwodny w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych		18,25								x		- konieczność przekazania w raporcie statystycznym kodów ICD-9 odpowiednich do realizacji świadczeń, - realizacja obejmuje 20 min. na jednego pacjenta, w tym 15 min. czynnego masażu, - możliwość rozliczenia krotności produktu (max. 60 min. czynnego masażu na jednego pacjenta), - świadczeniobiorcy przysługują nie więcej niż 5 zabiegów fizjoterapeutycznych dziennie, zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu REH, możliwych do rozliczenia za pomocą produktów rozliczeniowych o kodach 5.11.00.0000011, 5.11.00.0000012, 5.11.00.0000013
	54	5.11.00.0000013	nd	pozostałe zabiegi fizjoterapeutyczne w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych		8,55								x		- konieczność przekazania w raporcie statystycznym kodów ICD-9 odpowiednich do realizacji świadczeń, - świadczeniobiorcy przysługują nie więcej niż 5 zabiegów fizjoterapeutycznych dziennie, zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu REH, możliwych do rozliczenia za pomocą produktów rozliczeniowych o kodach 5.11.00.0000011, 5.11.00.0000012, 5.11.00.0000013

55		5.11.01.000077	nd	Zywnienie dojelitowe w rehabilitacji		108														za każdy dzień żywienia	
56		5.11.01.000080	nd	Kompletne żywnienie pozajelitowe w rehabilitacji		216														za każdy dzień żywienia	
57		5.32.00.000020	nd	Diagnostyka wstępna - nowotwory piersi	369	369													x	świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna	
58		5.33.00.000014	nd	Diagnostyka pogłębiona - nowotwory piersi	417	417													x	świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna	
59		5.60.01.000004	nd	biopsja gruboigłowa (oligobiopsja) - badanie materiału z piersi (guz), węzeł chłonny		559													x	- obejmuje ocenę pobranego materiału oraz barwienia HC oraz IHC, - do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej albo pogłębionej	
60		5.31.00.000022	Z22	Z22 Świadczenia zabiegowe - grupa 22		2309													x	- świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, - do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej albo pogłębionej, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady	
61		5.60.01.000005	nd	opieka psychologiczna - moduł diagnostyka		160													x	- obejmuje pełną opiekę psychologiczną w ramach modułu diagnostycznego, - produkti rozliczany jest tylko raz w stosunku do danego świadczeniobiorcy	
62		5.03.00.0000126	nd	MR badanie piersi		773													x	w ramach modułu diagnostyka nowotworu piersi: do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej albo pogłębionej, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady	
63		5.10.00.0000103	nd	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy 1	236,22	2 795													x	- z zastosowaniem radiofarmaceutyku 18F-NaF, - w ramach modułu diagnostyka nowotworu piersi: do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej albo pogłębionej, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady	
64		5.31.00.0000100	Z100	Z100 Świadczenia zabiegowe - grupa 100		41													x	x	rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie procedur ICD-9 właściwych dla onkologicznych świadczeń kompleksowych.
65		5.30.00.0000001	W01	W01 Świadczenie pohospitalizacyjne		48													x	świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna	
66		5.30.00.0000002	W02	W02 Świadczenie receptowe		11													x	świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna	
67		5.30.00.0000011	W11	W11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu		44													x	rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna	
68		5.30.00.0000012	W12	W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu		75													x	rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna	
69		5.30.00.0000013	W13	W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu		133													x	rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna	
70		5.30.00.0000014	W14	W14 Świadczenie specjalistyczne 4-go typu		172													x	rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna	
71		5.30.00.0000015	W15	W15 Świadczenie specjalistyczne 5-go typu		56													x	rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna	
72		5.30.00.0000017	W17	W17 Świadczenie specjalistyczne 7-go typu		104													x	rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna	
73		5.60.01.0000006	nd	konsultacja neurologiczna - moduł monitorowanie		68													x		
74		5.60.01.0000007	nd	konsultacja kardiologiczna - moduł monitorowanie		68													x		
75		5.60.01.0000008	nd	konsultacja pulmonologiczna - moduł monitorowanie		68													x		
76		5.60.01.0000009	nd	konsultacja ginekologiczna - moduł monitorowanie		68													x		
77		5.60.01.0000010	nd	inna konsultacja specjalistyczna - moduł monitorowanie		68													x		
78		5.60.01.0000011	nd	opieka psychologiczna - moduł monitorowanie		74													x	możliwość wykazania maksymalnie 5 produktów	
79		5.03.00.0000020	nd	scyntygrafia całego ciała (układ kostny)		388													x		
80		5.03.00.0000013	nd	limfoscintygrafia		323													x		
81		5.03.00.0000126	nd	MR badanie piersi		773													x	w ramach modułu monitorowanie: do wykazania z innymi produktami albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady	
82		5.10.00.0000103	nd	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy 1	236,22	2 795													x	- z zastosowaniem radiofarmaceutyku 18F-NaF, - w ramach modułu monitorowanie: do wykazania z innymi produktami albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady	
83		5.31.00.0000100	Z100	Z100 Świadczenia zabiegowe - grupa 100		41													x	x	rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie procedur ICD-9 właściwych dla onkologicznych świadczeń kompleksowych.
<b>Część II Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG)</b>																					
84		5.51.01.0006031	F31	Kompleksowe zabiegi jelita grubego*		15 056		32		353									x	- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenia szpitalne	
85		5.51.01.0006032	F32	Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego*		6 554	6 030	30	6 030	295									x	- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenia szpitalne	

86	5.51.01.0006113	F32O	Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*	13 436	13 436	12 361	30	12 361	295	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - grupa do rozliczenia przez podmioty realizujące leczenie onkologiczne w sposób kompleksowy lub spełniające warunki minimalnej liczby zabiegów określone w zał. nr 19 do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
87	5.51.01.0006037	F34	Średnie i endoskopowe zabiegi przewodu pokarmowego*		1 299	1 195		1 195		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
88	5.51.01.0006036	F36	Choroby jelita grubego		2 835	2 608		1 418		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
89	5.51.01.0006042	F42	Duże zabiegi jamy brzusznej*		7 085	6 519	27	6 519	353	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
90	5.51.01.0006114	F42O	Duże zabiegi jamy brzusznej w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*	16 225	16 225	14 927	27	14 927	353	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - grupa do rozliczenia przez podmioty realizujące leczenie onkologiczne w sposób kompleksowy lub spełniające warunki minimalnej liczby zabiegów określone w zał. nr 19 do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
91	5.51.01.0006103	F43E	Średnie i endoskopowe lecznicze zabiegi jamy brzusznej > 65 r.ż.*		3 431	3 157		3 157		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
92	5.51.01.0006104	F43F	Średnie i endoskopowe lecznicze zabiegi jamy brzusznej < 66 r.ż.*		2 776	2 554		2 554		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
93	5.51.01.0006107	F86E	Choroby wyrostka robaczkowego > 65 r.ż.		2 697	2 482		1 349		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
94	5.51.01.0006108	F86F	Choroby wyrostka robaczkowego < 66 r.ż.		1 890	1 739		946		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
95	5.51.01.0006093	F93	Średnie zabiegi odbytu*		1 393	1 282				x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
96	5.51.01.0006094	F94	Małe zabiegi odbytu i odbytnicy*		531	489				x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
97	5.51.01.0006096	F96	Choroby odbytu		2 421	2 227		1 211		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
98	5.51.01.0015019	Q19	Średnie zabiegi na układzie limfatycznym*		2 362	2 173		2 173		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
99	5.60.01.0000003	nd	Konsylium lekarskie	270						x	x		- obejmuje opracowanie indywidualnego planu leczenia przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, zgodnie z § 4a ust. 1a pkt 1 lit. b rozporządzenia szpitalnego oraz koordynację procesu leczenia, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
100	5.60.01.0000013	nd	Materiał pooperacyjny	1 500						x			- można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - można rozliczyć, gdy materiał do badania patomorfologicznego został pobrany w trakcie realizacji świadczeń zdefiniowanych przez następujące grupy JGP z katalogu 1on: F31; F32; F32O;F42; F42O; F93
101	5.07.01.0000011	nd	Teleradioterapia	17 468	17 468					x	x		- cały cykl leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.247 Teleradioterapia 4D bramkowna (4D-IGRT) — fotony, 92.248 Teleradioterapia 4D adaptacyjna bramkowna (4D-AIGRT) — fotony, 92.256 Teleradioterapia 4D bramkowna (4D-IGRT) — elektrony, 92.257 Teleradioterapia 4D adaptacyjna bramkowna (4D-AIGRT) — elektrony, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
102	5.07.01.0000012	nd	Teleradioterapia 3D z modulacją intensywności dawki	16 389	16 389					x	x		- cały cykl leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.246 Teleradioterapia 3D z modulacją intensywności dawki (3D-IMRT) — fotony, 92.292 Teleradioterapia 3D sterowana obrazem (IGRT) z modulacją intensywności dawki (3D-RotIMRT) - fotony, 92.291 Teleradioterapia 3D sterowana obrazem (IGRT) realizowana w oparciu o implanty wewnętrzne - fotony, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
103	5.07.01.0000013	nd	Teleradioterapia 3D - niekoplanarna z monitoringiem tomograficznym (3D-CRT)	14 899	14 899					x	x		- cały cykl leczenia, - monitoring tomograficzny co najmniej dwukrotnie w trakcie napromieniania, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.242 Teleradioterapia 3D konformalna sterowana obrazem (IGRT) — fotony, 92.252 Teleradioterapia 3D konformalna z monitoringiem tomograficznym (3D-CRT) — elektrony, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita





03.4240.01.02	Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem	116	5.07.01.0000070	nd	Zakwaterowanie do brachyterapii	162	162							x		- za osobodzień, - obejmuje zapewnienie transportu w przypadku zakwaterowania świadczeniobiorcy poza podmiotem działalności leczniczej
		117	5.07.01.0000071	nd	Powtórne planowanie	0	0									
		118	5.52.01.0001423	nd	Wytworzenie stałego dostępu naczyniowego z wytworzeniem tunelu podskórnego przeznaczonego do użytku długoterminowego z hospitalizacją		1 352							x		- obejmuje koszt wyrobu medycznego (koszt cewnika tunelizowanego typu Broviack, Hickman, Groshong lub Leonard, - nie podlega rozliczeniu użycie cewnika centralnego typu Certofix, Cavafix.
		119	5.52.01.0001440	nd	Hospitalizacja do teleradioterapii / terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku > 17 r.ż.	352	352							x		- za osobodzień, - do rozliczenia wyłącznie w dniach związanych z planowaniem i leczeniem radioterapią
		120	5.52.01.0001468	nd	Teleradioterapia brachyterapia i terapia izotopowa / terapia protonowa nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku - w trybie ambulatoryjnym		0									
		121	5.52.01.0001499	nd	Hospitalizacja do teleradioterapii / terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku < 18 r.ż. - w oddziale onkologii i hematologii dziecięcej	545	545							x		- za osobodzień, - do rozliczenia wyłącznie w dniach związanych z planowaniem radioterapii lub leczeniem radioterapią
		122	5.52.01.0001504	nd	Hospitalizacja do chemioradioterapii > 18 r.ż.	469	469							x		- za osobodzień, - do rozliczenia w dniach związanych z leczeniem skojarzonym nowotworów - zastosowanie u pacjenta podczas jednoczesowej chemioterapii i radioterapii u tego samego świadczeniodawcy, kiedy między pierwszym a ostatnim dniem hospitalizacji do radioterapii nastąpi podanie substancji czynnej w określonych dniach z zachowaniem przerw terapeutycznych zależnych od schematu leczenia, - można sumować z produktami radioterapii oraz z produktami z zał. 1c, 1m i 1n
		123	5.52.01.0001511	nd	Badanie genetyczne materiału archiwalnego		0							x		- do rozliczenia wyłącznie z produktem: 5.53.01.0005001 lub 5.53.01.0005002 lub 5.53.01.0005003, w sytuacji konieczności modyfikacji ustalonego planu leczenia, - konieczność sprawozdania pierwotnej daty pobrania materiału do badań, - realizowane w trybie ambulatoryjnym, - zgodnie z § 26 pkt 21 zarządzenia w rodzaju leczenia szpitalne
		124	5.52.01.0001554	nd	Hospitalizacja do brachyterapii	399	399							x		- za osobodzień, - do rozliczenia wyłącznie w dniach związanych z planowaniem lub leczeniem radioterapią lub leczeniem skutków ubocznych radioterapii lub diagnostyką związaną z leczeniem radioterapią
		125	5.52.01.0001555	nd	Hospitalizacja jednodniowa do brachyterapii	199	199							x		do rozliczenia również w sytuacji, w której obecność pacjenta jest niezbędna w procesie planowania
		126	5.52.01.0001556	nd	Hospitalizacja jednodniowa do teleradioterapii	176	176							x		do rozliczenia również w sytuacji, w której obecność pacjenta jest niezbędna w procesie planowania
		127	5.52.01.0000035	nd	Implantacja portu naczyniowego z hospitalizacją		2 974							x		- obejmuje koszt wyrobu medycznego (portu), - wymagane wskazanie procedury 86.07 oraz rozpoznania zasadniczego wskazującego na przyczynę udzielenia świadczenia
		128	5.52.01.0000036	nd	Usunięcie portu naczyniowego z hospitalizacją		1 592							x		
		129	5.52.01.0001533	nd	Chemioterapia dootrzewnowa w hipertermii (HIPEC)	26 515	26 515							x		- obejmuje wszystkie koszty: zabiegu, zestawu do chemioterapii dootrzewnowej, cytostatyku oraz hospitalizacji
		130	5.52.01.0001537	nd	Hospitalizacja świadczeniobiorcy onkologicznego świadczenia kompleksowego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.		0							x		
		131	5.52.01.0001566	nd	Usunięcie stałego dostępu naczyniowego z wytworzonym tunelem podskórnym przeznaczonego do użytku długoterminowego z hospitalizacją		1 139							x		
		132	5.60.01.0000014	nd	opieka psychologiczna - moduł leczenie		74							x	x	możliwość sumowania z produktem rozliczeniowym z modułu leczenia, związanym z rozliczeniem kosztów hospitalizacji
		133	5.32.00.0000006	nd	diagnostyka wstępna – nowotwory dolnego odcinka układu pokarmowego	554	554							x		świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
		134	5.33.00.0000004	nd	diagnostyka pogłębiona – nowotwory dolnego odcinka układu pokarmowego	669	669							x		świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
		135	5.60.01.0000005	nd	opieka psychologiczna - moduł diagnostyka		160							x		- obejmuje pełną opiekę psychologiczną w ramach modułu diagnostycznego, - produkt rozliczany jest tylko raz w stosunku do danego świadczeniobiorcy
		136	5.10.00.0000103	nd	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy I	236,22	2 795							x		- z zastosowaniem radiofarmaceutyków: 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, - w ramach modułu diagnostyki nowotworu jelita grubego: do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej lub pogłębionej, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady
		137	5.10.00.0000104	nd	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy II	349,96	4 142							x		- z zastosowaniem innych radiofarmaceutyków: zarejestrowane w Polsce 18F-cholina (18-fluorocholina) lub nie zarejestrowane w Polsce, a sprowadzane w trybie importu docelowego lub produkowane na potrzeby własne przez laboratorium świadczeniodawcy zgodnie z prawem atomowym, - w ramach modułu diagnostyki nowotworu jelita grubego: do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej lub pogłębionej, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady
		138	5.31.00.0000100	Z100	Z100 Świadczenia zabiegowe - grupa 100		41							x	x	rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie procedur ICD-9 właściwych dla onkologicznych świadczeń kompleksowych.
		139	5.51.01.0006037	F34	Średnie i endoskopowe zabiegi przewodu pokarmowego*			1 299	1 195	1 195				x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenia szpitalne
		140	5.51.01.0021001	Z01	Kompleksowa diagnostyka onkologiczna*			3 517	3 517					x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenia szpitalne, - zgodnie z § 19 pkt 15 zarządzenia
		141	5.60.01.0000015	nd	Pobyt diagnostyczny		150							x		- można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenia szpitalne, - zgodnie z § 19 pkt 13 i 14 zarządzenia

142	5.05.00.0000104	nd	Znieczulenie całkowite dożylnie	172	172					x		- świadczenie do sumowania z procedurami: 45.231, 45.253, 45.239, 45.42 w ramach odpowiedniego pakietu diagnostyki wstępnej albo pogłębionej, - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12
143	5.05.00.0000105	nd	Konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego		75					x		- świadczenie do sumowania z procedurami: 45.231, 45.253, 45.239, 45.42 w ramach odpowiedniego pakietu diagnostyki wstępnej albo pogłębionej, - porada nie stanowi kwalifikacji pacjenta do znieczulenia przeprowadzanej nie później niż 24 godziny przed zabiegiem w trybie planowym, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U. z 2022 r. poz. 392)
144	5.30.00.0000001	W01	W01 Świadczenie pohospitalizacyjne		48					x		świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
145	5.30.00.0000002	W02	W02 Świadczenie receptowe		11					x		świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
146	5.30.00.0000011	W11	W11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu		44					x		rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
147	5.30.00.0000012	W12	W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu		75					x		rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
148	5.30.00.0000013	W13	W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu		133					x		rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
149	5.31.00.0000100	Z100	Z100 Świadczenia zabiegowe - grupa 100		41					x	x	rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie procedur ICD-9 właściwych dla onkologicznych świadczeń kompleksowych.
150	5.06.00.0000902	nd	kolonoskopia diagnostyczna		325					x		
151	5.06.00.0000903	nd	kolonoskopia diagnostyczna z biopsją (z badaniem hist.-pat.)		468					x		badanie hist.-pat. zdefiniowane jako badanie tkanki lub tkanek pobranych z jednej lokalizacji i przekazanych do pracowni hist.-pat. w postaci jednej opisanej próbki, wymagającej oddzielnego przebadania i postawienia rozpoznania histopatologicznego
152	5.03.00.0000042	nd	kolonoskopia z polipektomią jednego lub więcej polipów o średnicy do 1 cm, za pomocą pętli diatermicznej (z badaniem hist.-pat.)		1018					x		badanie hist.-pat. zdefiniowane jako badanie tkanki lub tkanek pobranych z jednej lokalizacji i przekazanych do pracowni hist.-pat. w postaci jednej opisanej próbki, wymagającej oddzielnego przebadania i postawienia rozpoznania histopatologicznego
153	5.05.00.0000104	nd	Znieczulenie całkowite dożylnie	172	172					x		- świadczenie do sumowania z procedurami: 45.231, 45.253, 45.239, 45.42 w ramach produktów: 5.06.00.0000902, 5.06.00.0000903, 5.03.00.0000042, - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12
154	5.05.00.0000105	nd	Konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego		75					x		- świadczenie do sumowania z procedurami: 45.231, 45.253, 45.239, 45.42 w ramach produktów: 5.06.00.0000902, 5.06.00.0000903, 5.03.00.0000042, - porada nie stanowi kwalifikacji pacjenta do znieczulenia przeprowadzanej nie później niż 24 godziny przed zabiegiem w trybie planowym, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U. z 2022 r. poz. 392)
155	5.03.00.0000070	nd	TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego		192					x		
156	5.03.00.0000095	nd	TK: innej okolicy anatomicznej ze wzmocnieniem kontrastowym		320					x		
157	5.03.00.0000071	nd	TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym		415					x		
158	5.03.00.0000096	nd	TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego		233					x		
159	5.03.00.0000115	nd	TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego		274					x		
160	5.03.00.0000097	nd	TK: badanie dwóch okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym		436					x		
161	5.03.00.0000116	nd	TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym		481					x		
162	5.03.00.0000073	nd	TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym		491					x		
163	5.03.00.0000117	nd	TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym		564					x		
164	5.03.00.0000099	nd	TK innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym		424					x		
165	5.03.00.0000086	nd	TK: wirtualna kolonoskopia u pacjentów, u których warunki anatomiczne uniemożliwiają wykonanie kolonoskopii tradycyjnej		413					x		
166	5.03.00.0000076	nd	MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup bez wzmocnienia kontrastowego		463					x		
167	5.03.00.0000079	nd	MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż odcinek kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym		746					x		
168	5.03.00.0000102	nd	MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego		685					x		
169	5.03.00.0000122	nd	MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego		767					x		
170	5.03.00.0000103	nd	MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym		969					x		

Medial monitorowanie po leczeniu nowotworu jelita grubego

171	5.03.00.0000123	nd	MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym		1050							x		
172	5.03.00.0000105	nd	MR badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym		773							x		
173	5.60.01.0000011	nd	opieka psychologiczna - modul monitorowanie		74							x		możliwość wykazania maksymalnie 5 produktów
174	5.51.01.0006037	F34	Średnie i endoskopowe zabiegi przewodu pokarmowego*			1 299	1 195			1 195		x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
175	5.51.01.0021001	Z01	Kompleksowa diagnostyka onkologiczna*			3 517	3 517					x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - zgodnie z § 19 pkt 15 zarządzenia
176	5.60.01.0000015	nd	Pobyt diagnostyczny		150							x		- można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - zgodnie z § 19 pkt 13 i 14 zarządzenia

(\*) oznaczenie grup o charakterze zabiegowym

## Warunki rozliczenia produktów rozliczeniowych

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

#### J Choroby piersi

##### **J01G Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej\***

*na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (wyłącznie z rozpoznaniem zasadniczym z listy rozpoznań J08)*

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

*na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (wyłącznie z rozpoznaniem zasadniczym z listy rozpoznań J08)*

##### **J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi\***

*na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (wyłącznie z rozpoznaniem zasadniczym z listy rozpoznań J08)*

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

*na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (wyłącznie z rozpoznaniem zasadniczym z listy rozpoznań J08)*

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

*na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (wyłącznie z rozpoznaniem zasadniczym z listy rozpoznań J08)*

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

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

##### **J04G Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanki własnej\***

*na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (wyłącznie z rozpoznaniem zasadniczym z listy rozpoznań J08)*

##### **J04H Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem protezy/ ekspandera\***

*na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (wyłącznie z rozpoznaniem zasadniczym z listy rozpoznań J08)*

*lub*

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

## **ICD-9**

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

## **J05 Średnia chirurgia piersi\***

*na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (wyłącznie z rozpoznaniem zasadniczym z listy rozpoznań J08)*

*lub*

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

## **ICD-9**

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

## **J06 Mała chirurgia piersi\***

*na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (wyłącznie z rozpoznaniem zasadniczym z listy rozpoznań J08)*

*lub*

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

## **ICD-9**

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

## **J08 Choroby piersi złośliwe**

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

## **J10 Biopsja mammotomiczna \***

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

## **Q18 Duże zabiegi na układzie limfatycznym\***

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

## **ICD-9**

- 40.31 poszerzenie wycięcie regionalnych węzłów chłonnych
- 40.32 wycięcie regionalnych węzłów chłonnych wraz z drenowanym segmentem skóry, tkanki podskórnej i tłuszczowej
- 40.51 doszczętne wycięcie pachowych węzłów chłonnych

## **Q19 Średnie zabiegi na układzie limfatycznym\***

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

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

wymagane wskazanie:

*minimum 3 procedur ICD-9 dziennie z listy dodatkowej ROKOa*

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

*rozpoznania zasadniczego z listy dodatkowej ROKOd*

*lub*

*minimum 3 procedur ICD-9 dziennie z listy dodatkowej ROKOa*

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

*rozpoznania zasadniczego z listy dodatkowej ROKOd*

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

Listy dodatkowe

### **ROKOa**

- 93.1139 Inne ćwiczenia z udziałem fizjoterapeuty
- 93.1202 Ćwiczenia czynne wolne
- 93.1204 Ćwiczenia samowspomagane
- 93.1205 Ćwiczenia czynne w odciążeniu
- 93.1304 Ćwiczenia izotoniczne
- 93.1305 Ćwiczenia izokinetyczne
- 93.1401 Ćwiczenia jednopłaszczyznowe kilku stawów na przyrządach
- 93.1812 Czynne ćwiczenia oddechowe
- 93.1903 Ćwiczenia sprawności manualnej
- 93.1907 Ćwiczenia zespołowe
- 93.1909 Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne
- 93.3801 Metody reedukacji nerwowo - mięśniowej
- 93.3808 Metody neurofizjologiczne - metoda PNF
- 93.3812 Plastrowanie dynamiczne/Kinesiology Taping/
- 93.3816 Metody terapii manualnej - metoda Cyriaxa
- 93.3818 Metody terapii manualnej - metoda Kaltenborna - Evjenta
- 93.3821 Metody terapii manualnej - metoda Maitlanda
- 93.3827 Metody terapii manualnej - inne
- 93.3831 Ćwiczenia specjalne
- 93.3912 Masaż klasyczny - częściowy
- 93.3916 Masaż pneumatyczny
- 93.3918 Masaż inny
- 93.3987 Drenaż limfatyczny ogólny
- 93.3999 Zabiegi fizjoterapeutyczne - inne

### **ROKOb**

- 89.01 Profilaktyka i promocja zdrowia
- 89.08 Inna konsultacja

## **ROKOc**

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

## **ROKOd**

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

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

### **Z22 Świadczenia zabiegowe - grupa 22**

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

### **Z100 Świadczenia zabiegowe - grupa 100**

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

### **W01 Świadczenie pohospitalizacyjne**

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

### **W02 Świadczenie receptowe**

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

#### **W11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu**

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

#### **W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu**

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

#### **W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu**

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

#### **W14 Świadczenie specjalistyczne 4-go typu**

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

#### **W15 Świadczenie specjalistyczne 5-go typu**

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

#### **W17 Świadczenie specjalistyczne 7-go typu**

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

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

#### **F31 Kompleksowe zabiegi jelita grubego\***

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

##### **F31kon ICD-9**

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

#### **F32 Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego\***

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



### **F32kon ICD-9**

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

### **F32kon ICD-10**

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

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

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

### **F32O ICD-10**

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

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

### **F34 Średnie i endoskopowe zabiegi przewodu pokarmowego\***

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

#### **F34kon ICD-9**

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

*lub*

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

### **F36 Choroby jelita grubego**

*wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F32kon*

### **F42 Duże zabiegi jamy brzusznej\***

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

#### **F42kon ICD-9**

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

#### **F42kon ICD-10**

- C18.0 Nowotwór złośliwy (jelito ślepe)
- C18.1 Nowotwór złośliwy (wyrostek robaczkowy)

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

#### **F42O Duże zabiegi jamy brzusznej w rozpoznaniach nowotworów złośliwych\***

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

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

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

##### **F43Ekon ICD-9**

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

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

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

#### **F86E Choroby wyrostka robaczkowego > 65r.ż.**

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

##### **F86Ekon ICD-10**

C18.1 Nowotwór złośliwy (wrostek robaczkowy)

#### **F86F Choroby wyrostka robaczkowego < 66r.ż.**

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

#### **F93 Średnie zabiegi odbytu\***

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

##### **F93kon ICD-9**

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

#### **F94 Małe zabiegi odbytu i odbytnicy\***

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

#### **F94kon ICD-9**

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

#### **F96 Choroby odbytu**

*wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F96kon*

#### **F96kon ICD-10**

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

#### **Lista dodatkowa do sekcji F**

#### **F1**

#### **ICD-9**

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

#### **Q19 Średnie zabiegi na układzie limfatycznym\***

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

#### **Z01 Kompleksowa diagnostyka onkologiczna\***

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

#### **Z01kon ICD-9**

- 45.239 Kolonoskopia - inne
- 45.253 Kolonoskopia z biopsją

#### **Z01kon ICD-10**

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

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

## **Z1kon**

### **ICD-9**

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

## **Z2kon**

### **ICD-9**

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

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

### **Z100 Świadczenia zabiegowe - grupa 100**

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

### **W01 Świadczenie pohospitalizacyjne**

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

### **W02 Świadczenie receptowe**

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

**W11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu**

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

**W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu**

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

**W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu**

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

## Uzasadnienie

Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561), zwanej dalej "ustawą o świadczeniach".

Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 3/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych (z późn. zm.), wprowadza następujące zmiany w stosunku do obowiązującego stanu prawnego:

1. w § 15:

a) w ust. 1 i 3 doprecyzowano brzmienie przepisów wskazując na możliwość zastosowania współczynnika korygującego – odpowiednio w ust. 1 dla produktów rozliczeniowych J01G, J01H i J02 w rozpoznaniu C50, natomiast w ust. 3 dla produktu rozliczeniowego F31 w rozpoznaniach C18 – C20,

b) uchylono ust. 4, który dotyczył zasad stosowania współczynnika korygującego w roku 2022;

2. w § 16 uaktualniono brzmienie przepisu w zakresie zasad rozliczania świadczeń finansowanych w ramach grup JGP J03O, F32O, F42O:

a) zmieniono okres oceny warunku minimalnej liczby zrealizowanych świadczeń zabiegowych, określonego w załączniku nr 19 do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne – z roku 2019 lub 2021 na rok kalendarzowy poprzedzający rok, w którym stosuje się rozliczenie świadczeń zabiegowych w ramach grup JGP J03O, F32O, F42O,

b) na zasadzie symetryzacji ze zmianami wprowadzonymi w załączniku 19 do zarządzenia Nr 1/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.) – do grup JGP, których realizacja jest uwzględniana przy szacowaniu minimalnej liczby zrealizowanych świadczeń zabiegowych dodano grupy J03O, F32O, F42O;

3. w załączniku 1on do zarządzenia skorygowano wycenę punktową następujących produktów rozliczeniowych:

- 5.06.00.0000902 kolonoskopia diagnostyczna,

- 5.06.00.0000903 kolonoskopia diagnostyczna z biopsją (z badaniem hist.-pat.).

Przedmiotowa zmiana w zakresie merytorycznym wynika bezpośrednio (symetryzacja przepisów) z zarządzenia Nr 61/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 maja 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (z późn.zm.).

Pozostałe zmiany wprowadzone w zarządzeniu mają charakter porządkowy.

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

Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 i 3a załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 787, z późn. zm.), został poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 7 dni. Okres ten został skrócony z uwagi na słuszny interes stron. W ramach konsultacji projekt przedstawiono do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Krajowa Izba Fizjoterapeutów, Naczelna Rada Aptekarska) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach.

W wyniku konsultacji uwagi do projektu zgłosiły dwa podmioty, z których jedną pozostawiono do dalszej analizy w zakresie możliwości ewentualnego wykorzystania przy kolejnych nowelizacjach. Pozostałe uwagi nie odnosiły się do przedmiotu przedłożonego projektu i nie zostały uwzględnione w ostatecznym kształcie zarządzenia.

Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od 1 stycznia 2023 r.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.