

**ZARZĄDZENIE NR 46/2025/DSOZ
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 30 czerwca 2025 r.

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

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

§ 1. W zarządzeniu 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 (z późn. zm.²⁾), wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 8 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„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.”;

2) w § 10 ust. 7 otrzymuje brzmienie:

„7. 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.”;

3) w § 11:

a) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. 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.”;

b) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. 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.”;

4) załącznik nr 1a do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia;

5) w załączniku nr 2a do zarządzenia w § 4 ust. 7 otrzymuje brzmienie:

„7. 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.”;

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 858, 1222, 1593 i 1615 oraz z 2025 r. poz. 129, 304, 620, 637 i 700.

²⁾ Zmienione zarządzeniem Nr 23/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2025 r.

6) załącznik nr 5b do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia.

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

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

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

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

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

**PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Filip Nowak
Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
/dokument podpisany elektronicznie/

KATALOG ZAKRESÓW ŚWIADCZEŃ W PORADNIACH SPECJALISTYCZNYCH

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 geriatrii					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.	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
												1530	poradnia chirurgii naczyniowej
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
												1202	poradnia wenerologiczna
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 2 do zarządzenia Nr 46/2025/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 30 czerwca 2025 r.

KATALOG SPECJALISTYCZNYCH ŚWIADCZEŃ ODREBNYCH						
lp.	kod	nazwa świadczenia rozliczanego	wartość punktowa	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 faktur/ 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 wewnętrznej lub w świadczenia w zakresie pediatrii. Rozliczane jednorazowo razem z poradą końzącą ambulatoryjną opiekę pohospitalizacyjną, obejmujące 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 faktur/ 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 końzącą przewlekłą opiekę 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 pielęgniarzkiej 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 płaszcawiczego 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	<p>* świadczenie do sumowania z procedurą badania rezonansu magnetycznego (RM) w ramach:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zakres 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, <p>Kryteria kwalifikacji do świadczeń rezonansu magnetycznego (RM) w znieczuleniu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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). <p>* wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12</p>
34	5.05.00.0000105	konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego	75	zał. nr 1 lp. 68	<p>* 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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, <p>* świadczenie do sumowania z procedurą 60.113 w ramach:</p> <ul style="list-style-type: none"> - świadczenia zabiegowego Z32, - odpowiedniego pakietu diagnostyki wstępnej albo pogłębionej: nowotwory gruczołu krokowego, <p>* świadczenie do sumowania z procedurami badań tomografii komputerowej (TK) lub rezonansu magnetycznego (RM) w ramach:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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, <p>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.</p> <p>* 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.</p>
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	<p>*produkt rozliczeniowy obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>*rozliczanie w poradni genetycznej będącej w strukturze OECR;</p> <p>*rozliczanie jeden raz w przebiegu opieki nad pacjentem;</p> <p>*rozliczanie w przypadku pacjenta z rozpoznaniem klinicznym lub genetycznym choroby rzadkiej zakodowanym kodem ORPHA</p> <p>*w przypadku osób powyżej 18 r. ż. dotyczy chorób nieonkologicznych</p>
36	5.05.00.0000112	Kompleksowa ocena specjalistyczna u pacjenta z chorobą rzadką - konsultacja realizowana w Ośrodku Ekspertkim Chorób Rzadkich (OECR)	193		<p>*produkt rozliczeniowy obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zebranie wywiadu chorobowego i rodzinnego, oraz - analizę dotychczasowej dokumentacji medycznej, oraz - sporządzenie dokumentacji fotograficznej pacjenta (jeśli dotyczy - tj. stwierdzone 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 <p>*rozliczanie w poradni specjalistycznej będącej w strukturze OECR;</p> <p>*rozliczanie jeden raz w OECR danej specjalności;</p> <p>*rozliczanie w przypadku pacjenta z rozpoznaniem klinicznym lub genetycznym choroby rzadkiej, zakodowanym kodem ORPHA zgodnym z obszarem ekspertkim poradni specjalistycznej</p> <p>*w przypadku osób powyżej 18 r. ż. dotyczy chorób nieonkologicznych</p>

37	5.05.00.0000113	Kontrolna ocena stanu zdrowia pacjenta z chorobą rzadką - konsultacja specjalistyczna realizowana w Ośrodku Eksperckim Chorób Rzadkich (OECR)	145		<p>*produkt rozliczeniowy obejmuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>*rozliczanie w poradni specjalistycznej będącej w strukturze OECR;</p> <p>*rozliczanie nie częściej niż raz na 12 miesięcy;</p> <p>*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.</p> <p>*w przypadku osób powyżej 18 r. ż. dotyczy chorób nieonkologicznych</p>
----	-----------------	---	-----	--	--

· 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 wylonionej 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 wylonionej 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 rozpoznaną 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.

Uzasadnienie

Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 132/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), zwanej dalej "ustawą o świadczeniach".

W porównaniu do dotychczasowego stanu prawnego, w zarządzeniu wprowadzono modyfikację polegającą na dodaniu nowego świadczenia dotyczącego pobrania materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania HPV z cytologią płynną (LBC) wraz z nowym zakresem skojarzonym,

W świetle powyższego, dokonano następujących modyfikacji zarządzenia Prezesa NFZ:

Na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 marca 2025 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz.U. poz. 298) oraz wyceny Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w Katalogu Specjalistycznych Świadczeń Odrębnych w załączniku nr 5b do zarządzenia, dodano nowe świadczenie: 5.05.00.0000114 pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania HPV z cytologią płynną (LBC) z określeniem zasad rozliczania i finansowania tego świadczenia.

W świetle dodanego nowego świadczenia równolegle dokonano koniecznych modyfikacji w treści normatywnej zarządzenia i treści umowy (załącznik nr 2a do zarządzenia) uwzględniających wprowadzony nowy produkt rozliczeniowy 5.05.00.0000114.

Dodane nowe świadczenie 5.05.00.0000114 rozliczane będzie w ramach nowowprowadzonego zakresu skojarzonego. W świetle powyższego zmodyfikowano w załączniku nr 1a w kolumnie nr 6 opis zakresów skojarzonych dodając informację o zakresie dotyczącym badania HPV z cytologią płynną (LBC).

W uzupełnieniu, w załączniku nr 1a do zarządzenia, do wykazu komórek realizujących świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii dodano poradnię ginekologiczną (1452). Wprowadzona zmiana ma charakter porządkowy.

Określone w niniejszym zarządzeniu zasady finansowania będą miały zastosowanie do rozliczania świadczeń udzielonych od 1 lipca 2025 r.

Łączny skutek finansowy szacuje się na ok. 5,2 mln zł rocznie, przy założeniu, że zgłaszalność do programu profilaktyki raka szyjki macicy utrzyma się na poziomie zbliżonym do roku 2024.

Projekt przedmiotowego zarządzenia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2025 poz. 400, z późn. zm.), został przedstawiony do konsultacji zewnętrznych. W ramach konsultacji publicznych projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych), reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust.1 ustawy o świadczeniach.

W toku konsultacji wpłynęło 7 uwag z 5 podmiotów, dotyczących wyceny i organizacji świadczeń, z których jedna (organizacyjna) została częściowo uwzględniona.