

**ZARZĄDZENIE NR 15/2026/DSOZ
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 9 lutego 2026 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 2025 r. poz. 1461, 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz. 26) zarządza się, co następuje:

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

1) w § 13 po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Świadczeniodawca udzielający onkologicznych świadczeń kompleksowych wykonywanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej zobowiązany jest do stosowania standardu organizacyjnego żywienia zbiorowego zgodnie z wymaganiami określonymi w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2025 r. w sprawie standardu organizacyjnego żywienia zbiorowego w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne (Dz. U. poz. 1780).”;

2) załącznik nr 1on do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszego zarządzenia.

§ 2. 1. W przypadku świadczeniodawców niespełniających standardu organizacyjnego określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, o którym mowa w § 1 pkt 1, świadczenie opieki zdrowotnej, którego ten standard dotyczy, udzielone od 1 stycznia 2026 r. do 31 sierpnia 2026 r. rozliczane jest z zastosowaniem współczynnika korygującego.

2. Współczynnik korygujący, o którym mowa w ust. 1, ustala się jako iloraz wartości punktowej świadczenia opieki zdrowotnej, określonej w załączniku nr 1on do zarządzenia zmienianego §1 w brzmieniu dotychczasowym i analogicznej wartości punktowej tego świadczenia określonej niniejszym zarządzeniem.

3. Spełnienie standardu organizacyjnego, o którym mowa w ust. 1, świadczeniodawca potwierdza składając oświadczenie w tym przedmiocie. W oświadczeniu należy podać adres strony internetowej świadczeniodawcy zawierającej zakładkę "Żywienie dla zdrowia", obejmującą wszystkie elementy określone w ust. 14 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia, o którym mowa w § 1 pkt 1.

4. Współczynnik korygujący ma zastosowanie do świadczeń udzielonych do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym świadczeniodawca złożył oświadczenie. Współczynnik nie ma zastosowania w przypadku złożenia oświadczenia w lutym 2026 r., które dotyczy spełnienia standardu organizacyjnego od stycznia 2026 r.

5. Współczynnik za okres od 1 stycznia 2026 r. do 31 sierpnia 2026 r. nalicza się po upływie III kwartału kalendarzowego 2026 r.

¹⁾ 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., zarządzeniem Nr 95/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 lipca 2022 r., zarządzeniem Nr 11/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 stycznia 2023 r., zarządzeniem Nr 37/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 lutego 2023 r., zarządzeniem Nr 92/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 czerwca 2023 r., zarządzeniem Nr 157/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2023 r., zarządzeniem Nr 39/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2024 r. i zarządzeniem Nr 69/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 lipca 2024 r., zarządzeniem Nr 63/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 lipca 2025 r. oraz zarządzeniem Nr 102/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2025 r.

§ 3. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia zobowiązani są do wprowadzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami zmian wynikających z wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia.

§ 4. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 stycznia 2026 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 onkologicznych świadczeń kompleksowych																	
Lp.	Kod zakresu świadczenia	Nazwa zakresu świadczeń	Kod produktu rozliczeniowego	Kod grupy	Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość punktowa	Wartość punktowa hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacja planowa	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacji dzień przyjęcia – dzień wypisu - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa hospitalizacji 1-dniowej - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa hospitalizacji 2-dniowej - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja	Świadczenia wykonywane w trybie hospitalizacji	Świadczenia wykonywane w trybie ambulatoryjnym	Świadczenia wykonywane w trybie domowym	Uwagi dodatkowe
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Część I Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Piers)																	
1			5.51.01.0009052	J01G	Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej*		20 108	18 499	17				364	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*		10 084	9 277	17				364	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*		6 648	6 116	18	6 116	6 293	6 471	364	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.*		4 587	4 220		4 220	4 342	4 465		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.*		3 872	3 562		3 562	3 665	3 769		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*		5 757	5 296		5 296	5 450	5 603		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 18 do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
7			5.51.01.0009054	J04G	Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanki własnej*		11 264	10 363						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*		5 646	5 194		5 194	5 345	5 495		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*		1 439	1 324		1 324	1 362	1 401		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*		663	610		610	628	645		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		2 085	1 918	8	625	1 112	1 598	247	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*		2 363	2 174						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*		3 942	3 627		3 626	3 731	3 837		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*		2 389	2 198		2 198	2 262	2 325		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
15			5.51.01.0015020	Q20	Małe zabiegi na układzie limfatycznym *		724	666		666	685	705		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
16			5.60.01.0000001	nd	Materiał onkologiczny duży	1 321								x			- można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
17			5.60.01.0000002	nd	Materiał śródoperacyjny	431								x			- można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
18			5.60.01.0000003	nd	Konsylium lekarskie	270								x	x		- obejmuje opracowanie indywidualnego planu leczenia onkologicznego oraz koordynację procesu leczenia przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, zgodnie z § 4a ust. 1a pkt 3 rozporządzenia szpitalnego oraz warunkami określonymi w ust. 3-5, w pozycji „Organizacja udzielania świadczeń”, w części 2 załącznika nr 3a do rozporządzenia szpitalnego, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
19			5.07.01.0000011	nd	Teleradioterapia	17 468								x	x		- cały cykl leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.247 Teleradioterapia 4D bramkowana (4D-IGRT) — fotony, 92.248 Teleradioterapia 4D adaptacyjna bramkowana (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

20	5.07.01.0000012	nd	Teleradioterapia 3D z modulacją intensywności dawki	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
21	5.07.01.0000013	nd	Teleradioterapia 3D - niekoplanarna z monitoringiem tomograficznym (3D-CRT)	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
22	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-ft), 92.32 Śródoperacyjna teleradioterapia konformalna 3D (3D-IORT-x)
23	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
24	5.07.01.0000059	nd	Teleradioterapia paliatywna proces leczenia 1 frakcją	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
25	5.07.01.0000060	nd	Teleradioterapia paliatywna frakcjonowana	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
26	5.07.01.0000061	nd	Brachyterapia 3D "real time"	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
27	5.07.01.0000063	nd	Brachyterapia śródtkankowa w oparciu o planowanie 3D - aplikacje jednorazowe z podaniem wielu frakcji	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
28	5.07.01.0000064	nd	Brachyterapia śródtkankowa w oparciu o planowanie 3d (boost)	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
29	5.07.01.0000065	nd	Brachyterapia powierzchniowa oparta na planowaniu 3D	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
30	5.07.01.0000067	nd	Brachyterapia śródoperacyjna	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
31	5.07.01.0000048	nd	Zakwaterowanie do teleradioterapii / protonoterapii	162									x	- za osobodzień, - obejmuje zapewnienie transportu w przypadku zakwaterowania świadczeniobiorcy poza podmiotem działalności leczniczej
32	5.07.01.0000070	nd	Zakwaterowanie do brachyterapii	162									x	- za osobodzień, - obejmuje zapewnienie transportu w przypadku zakwaterowania świadczeniobiorcy poza podmiotem działalności leczniczej
33	5.07.01.0000071	nd	Powtórne planowanie	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
34	5.52.01.0001423	nd	Wytworzenie stałego dostępu naczyniowego z wytworzeniem tunelu podskórnego przeznaczonego do użytku długoterminowego z hospitalizacją	1 371,43								x		- obejmuje koszt wyrobu medycznego (koszt cewnika tunelizowanego typu Broviack, Hickman, Groshong lub Leonard, - nie podlega rozliczeniu użycie cewnika centralnego typu Certofix, Cavafix.
35	5.52.01.0001440	nd	Hospitalizacja do teleradioterapii / terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku > 17 r.ż.	364,23								x		- za osobodzień, - do rozliczenia wyłącznie w dniach związanych z planowaniem i leczeniem radioterapią
36	5.52.01.0001468	nd	Teleradioterapia/ brachyterapia i terapia izotopowa / terapia protonowa nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku - w trybie ambulatoryjnym	0										

37	5.52.01.0001499	nd	Hospitalizacja do teleradioterapii / terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku < 18 r.ż.- w oddziale onkologii i hematologii dziecięcej	555,76									x			- za osobodzień, - do rozliczenia wyłącznie w dniach związanych z planowaniem radioterapii lub leczeniem radioterapią
38	5.52.01.0001504	nd	Hospitalizacja do chemioradioterapii > 18 r.ż.	480,95									x			- za osobodzień, - do rozliczenia w dniach związanych z leczeniem skojarzonym nowotworów - zastosowanie u pacjenta podczas jednoczasowej chemioterapii i radioterapii u tego samego świadczeniodawcy, kiedy między pierwszym a ostatnim dniem hospitalizacji do radioterapii nastąpi podanie substancji czynnej w określonych dniach z zachowaniem przerw terapeutycznych zależnych od schematu leczenia, - można sumować z produktami radioterapii oraz z produktami z zał. 1c, 1m i 1n
39	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 § 25 pkt 21 zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
40	5.52.01.0001554	nd	Hospitalizacja do brachyterapii	411,57									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
41	5.52.01.0001555	nd	Hospitalizacja jednodniowa do brachyterapii	199									x			do rozliczenia również w sytuacji, w której obecność pacjenta jest niezbędna w procesie planowania
42	5.52.01.0001556	nd	Hospitalizacja jednodniowa do teleradioterapii	176									x			do rozliczenia również w sytuacji, w której obecność pacjenta jest niezbędna w procesie planowania
43	5.52.01.0001566	nd	Usunięcie stałego dostępu naczyniowego z wytworzonym tunelem podskórnym przeznaczonego do użytku długoterminowego z hospitalizacją	1 140,61									x			
44	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
45	5.52.01.0000036	nd	Usunięcie portu naczyniowego z hospitalizacją	1 592									x			
46	5.52.01.0001537	nd	Hospitalizacja świadczeniobiorcy onkologicznego świadczenia kompleksowego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.	0									x			
47	5.52.01.0001591	nd	Badanie genetyczne materiału świeżego w nowotworach BRCA zależnych	0										x		- produkt do rozliczenia w BRCA zależnym nowotworze złośliwym piersi (ICD-10: C50) w związku z kwalifikacją do dedykowanego programu lekowego, - produkt dedykowany świadczeniodawcom realizującym program lekowy - Leczenie chorych na raka piersi (ICD-10: C50), - do rozliczenia wyłącznie z produktem: 5.53.01.0005001 lub 5.53.01.0005002, - konieczność sprawozdania daty kwalifikacji/dyskwalifikacji do programu lekowego, - realizowane w trybie ambulatoryjnym
48	5.60.01.0000018	nd	Opieka psychologiczna - etap leczenia choroby nowotworowej	74									x	x		możliwość sumowania z produktem rozliczeniowym związanym z rozliczeniem kosztów hospitalizacji
49	5.11.02.9200001	ROKO	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach stacjonarnych	316,77									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
50	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, 93.3301, 93.3801, 93.3808, 93.3812, 93.3816, 93.3818, 93.3821, 93.3827, 93.3831, 93.3985, 93.3912, 93.3916, 93.3918, 93.3981, 93.3987, 93.3999
51	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 w rodzaju rehabilitacja lecznicza
52	5.11.00.0000009	nd	Porada lekarska rehabilitacyjna kompleksowa w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych	66										x		obejmuje co najmniej 1 procedurę diagnostyczną obrazową ICD-9: 04.14, 04.19, 87.22-87.29, 87.431, 87.433, 88.11, 88.21-24, 88.26-29, 88.33, 88.37, 88.793-798, 88.981, 88.983, lub co najmniej 2 procedury diagnostyczne laboratoryjne ICD-9: A01,A19, C53, C59, G49, I81, L11, L69, M18, M45, O75, O77, O87, O89, O91, S21, S23, S27, S29, S31, 91.831
53	5.11.00.0000010	nd	Wizyta fizjoterapeutyczna w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych	26,35										x		świadczenie rozliczane zgodnie z warunkami określonymi w zarządzeniu w rodzaju rehabilitacja lecznicza
54	5.11.00.0000011	nd	indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie mniej niż 30 min. w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych	36,49										x		- konieczność przekazania w raporcie statystycznym kodów ICD-9 odpowiednich do realizacji świadczeń, - świadczeniobiorcy przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów fizjoterapeutycznych dziennie, zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu rehabilitacyjnym, możliwych do rozliczenia za pomocą produktów rozliczeniowych o kodach 5.11.00.0000011, 5.11.00.0000012, 5.11.00.0000013
55	5.11.00.0000012	nd	masaż suchy - częściowy - minimum 20 minut na jednego pacjenta, w tym min. 15 minut czynnego masażu, masaż limfatyczny ręczny, masaż podwodny w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych	18,25										x		- konieczność przekazania w raporcie statystycznym kodów ICD-9 odpowiednich do realizacji świadczeń, - realizacja obejmuje 20 min. na jednego pacjenta, w tym 15 min. czynnego masażu, - możliwość rozliczenia krotności produktu (max. 60 min. czynnego masażu na jednego pacjenta), - świadczeniobiorcy przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów fizjoterapeutycznych dziennie, zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu rehabilitacyjnym, możliwych do rozliczenia za pomocą produktów rozliczeniowych o kodach 5.11.00.0000011, 5.11.00.0000012, 5.11.00.0000013
56	5.11.00.0000013	nd	pozostałe zabiegi fizjoterapeutyczne w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych	8,55										x		- konieczność przekazania w raporcie statystycznym kodów ICD-9 odpowiednich do realizacji świadczeń, - świadczeniobiorcy przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów fizjoterapeutycznych dziennie, zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu rehabilitacyjnym możliwych do rozliczenia za pomocą produktów rozliczeniowych o kodach 5.11.00.0000011, 5.11.00.0000012, 5.11.00.0000013
57	5.11.01.0000077	nd	Żywienie dojelitowe w rehabilitacji	108												za każdy dzień żywienia
58	5.11.01.0000080	nd	Kompletne żywienie pozajelitowe w rehabilitacji	216												za każdy dzień żywienia
59	5.32.00.0000020	nd	Diagnostyka wstępna - nowotwory piersi	369										x		świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
60	5.33.00.0000014	nd	Diagnostyka pogłębiona - nowotwory piersi	417										x		świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
61	5.60.01.0000004	nd	biopsja gruczołowa (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

62		5.31.00.0000022	Z22	Z22 Świadczenia zabiegowe - grupa 22	2309								x		- świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, - do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej albo pogłębionej, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady	
63		5.60.01.0000017	nd	Opieka psychologiczna - etap diagnostyki choroby nowotworowej	160								x		- obejmuje pełną opiekę psychologiczną na etapie diagnostyki choroby nowotworowej w zakresie określonym w załączniku nr 4 (lp. 48 i 57) do rozporządzenia szpitalnego, - produkt rozliczany jest tylko raz w stosunku do danego świadczeniobiorcy	
64		5.60.01.0000016	nd	Inna konsultacja specjalistyczna w kompleksowej opiece onkologicznej	68								x		dotyczy konsultacji specjalistycznych przeprowadzonych przez lekarzy specjalistów w innych dziedzinach medycyny niż wskazane w części 2 załącznika 3a do rozporządzenia szpitalnego	
65		5.03.00.0000126	nd	MR badanie piersi	837								x		- w ramach diagnostyki nowotworu piersi: do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej albo pogłębionej, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady, - w ramach monitorowania: do wykazania z innymi produktami albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady.	
66		5.10.00.0000103	nd	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy I	2 795								x		- z zastosowaniem radiofarmaceutyku 18F-FDG, - do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej albo pogłębionej, albo z innymi produktami rozliczeniowymi, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady	
67		5.10.00.0000104	nd	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy II	4 142								x		- z zastosowaniem innych radiofarmaceutyków we wskazaniach onkologicznych, - do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej lub pogłębionej albo z innymi produktami rozliczeniowymi, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady	
68		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.	
69		5.60.01.0000015	nd	Pobyt diagnostyczny	150								x	x	- można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - zgodnie z § 19 pkt 13 i 14 zarządzenia	
70		5.05.00.0000106	nd	Znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 1	172									x		- świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: badania tomografii komputerowej (TK) w ramach pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębionej, - kryteria kwalifikacji do świadczeń tomografii komputerowej (TK) w znieczuleniu: 1) wiek do 12 roku życia włącznie lub 2) wiek do 18 roku życia oraz rozpoznanie według klasyfikacji ICD-10: F90, R44, lub 3) nasilony przebieg zaburzeń lękowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD 10: F40 - F41, lub 4) brak współpracy pacjenta z personelem medycznym z powodu nasilenia objawów w przebiegu zaburzeń psychicznych lub rozwojowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD-10: F00 - F07, F20 - F25, F28 - F31, F71 - F73, F84, lub 5) zaburzenia ruchowe o nasileniu utrudniającym przeprowadzenie badania (drżenia typu płasawiczego lub parkinsonowskiego), - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12
71		5.05.00.0000107	nd	Znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 2	270									x		- świadczenie do sumowania z produktem rozliczeniowym: 5.03.00.0000126, - świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: badania rezonansu magnetycznego (MR) w ramach pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębionej, - kryteria kwalifikacji do świadczeń rezonansu magnetycznego (MR) w znieczuleniu: 1) wiek do 12 roku życia włącznie lub 2) wiek do 18 roku życia oraz rozpoznanie według klasyfikacji ICD-10: F90, R44, lub 3) nasilony przebieg zaburzeń lękowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD 10: F40 - F41, lub 4) brak współpracy pacjenta z personelem medycznym z powodu nasilenia objawów w przebiegu zaburzeń psychicznych lub rozwojowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD-10: F00 - F07, F20 - F25, F28 - F31, F71 - F73, F84, lub 5) zaburzenia ruchowe o nasileniu utrudniającym przeprowadzenie badania (drżenia typu płasawiczego lub parkinsonowskiego) - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12
72		5.05.00.0000105	nd	Konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego	75									x		- świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: badania tomografii komputerowej (TK) w ramach pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębionej, - świadczenie do sumowania z produktem rozliczeniowym: 5.03.00.0000126, - świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: badania rezonansu magnetycznego (MR) w ramach pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębionej, - kryteria kwalifikacji do świadczeń tomografii komputerowej (TK) lub rezonansu magnetycznego (RM) w znieczuleniu określono przy produktach: 5.05.00.0000106 Znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 1 i 5.05.00.0000107 Znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 2, - porada nie stanowi kwalifikacji pacjenta do znieczulenia przeprowadzanej nie później niż 24 godziny przed zabiegiem w trybie planowym, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U. z 2024 r. poz. 332, z późn. zm.)
73		5.30.00.0000001	W01	W01 Świadczenie pohospitalizacyjne	48									x		świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
74		5.30.00.0000002	W02	W02 Świadczenie receptowe	11									x		świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
75		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
76		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
77		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
78		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
79	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	

80			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
81			5.60.01.0000019	nd	Opieka psychologiczna - etap monitorowania choroby nowotworowej	74								x		możliwość wykazania maksymalnie 5 produktów
82			5.03.00.0000020	nd	scyntygrafia całego ciała (układ kostny)	388								x		Obejmuje procedury ICD:9 92.141 Scyntygrafia trójfazowa odcinka układu kostnego z zastosowaniem fosfonianów lub 92.142 Scyntygrafia jednofazowa odcinkaukładu kostnego z zastosowaniem fosfonianów, lub 92.143 Scyntygrafia układu kostnego metodą SPECT albo SPECT CT, lub 92.144 Scyntygrafia całego układu kostnego(metoda „whole body”) z zastosowaniemfosfonianów, lub 92.149 Scyntygrafia układu kostnego – inne
83			5.03.00.0000013	nd	limfoscyntygrafia	323								x		92.162 Scyntygraficzna ocena położenia węzła wartowniczego
Część II Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG)																
84			5.51.01.0006030	F30	Kompleksowe i duże zabiegi jelita grubego*		13 656	12 564	21	12 564	12 928	13 292	587	x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
85			5.51.01.0006113	F32O	Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*		13 491	12 412	16	12 412	12 772	13 131	587	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 18 do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
86			5.51.01.0006036	F36	Choroby jelita grubego		3 141	2 890		1 571	2 094	2 618		x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
87			5.51.01.0006116	F37	Diagnostyczne i małe zabiegi dolnego odcinka przewodu pokarmowego*		1 805	1 661		1 661	1 709	1 757		x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
88			5.51.01.0006038	F38	Średnie i endoskopowe zabiegi dolnego odcinka przewodu pokarmowego*		3 055	2 811		2 811	2 892	2 974		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*		7 695	7 079	13	7 080	7 285	7 490	588	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*		16 322	15 016	27	15 016	15 451	15 887	587	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 18 do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
91			5.51.01.0006103	F43E	Średnie i endoskopowe lecznicze zabiegi jamy brzusznej > 65 r.ż.*		6 000	5 520	14	5 520	5 680	5 840	588	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.*		5 039	4 636	12	4 636	4 770	4 905	588	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.		4 634	4 263		2 318	3 090	3 862		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.		3 735	3 436		1 868	2 490	3 113		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*		3 436	3 161						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*		2 587	2 380						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		4 025	3 703	15	2 013	2 684	3 354	588	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*		2 389	2 198		2 198	2 262	2 325		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 onkologicznego oraz koordynację procesu leczenia przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, zgodnie z § 4a ust. 1a pkt 3 rozporządzenia szpitalnego oraz warunkami określonymi w ust. 2-3, w pozycji „Organizacja udzielania świadczeń”, w części 3 załącznika nr 3a do rozporządzenia szpitalnego, - 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: F30; F32O; F42; F42O; F93
101			5.07.01.0000011	nd	Teleradioterapia	17 468								x	x	- cały cykl leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.247 Teleradioterapia 4D bramkowana (4D-IGRT) — fotony, 92.248 Teleradioterapia 4D adaptacyjna bramkowana (4D-AIGRT) — fotony, 92.256 Teleradioterapia 4D bramkowana (4D-IGRT) — elektrony, 92.257 Teleradioterapia 4D adaptacyjna bramkowana (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								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								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
104	5.07.01.0000058	nd	Teleradioterapia 3D - całego ciała (TBI) lub połowy ciała (HBI) lub skóry całego ciała	19 768								x	x	- cały cykl leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.249 Teleradioterapia szpiku lub układu chłonnego całego ciała (TMI) - fotony, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
105	5.07.01.0000023	nd	Teleradioterapia radykalna z planowaniem trójwymiarowym (3D)	11 560								x	x	- cały cykl leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.241 Teleradioterapia radykalna z planowaniem 3D — fotony, 92.251 Teleradioterapia radykalna z planowaniem 3D — elektrony, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
106	5.07.01.0000059	nd	Teleradioterapia paliatywna proces leczenia 1 frakcją	2 812								x	x	- cały cykl leczenia, - warunki określone w zał. Nr 3a, - obejmuje procedury: 92.223 Teleradioterapia paliatywna — promieniowanie X, 92.233 Teleradioterapia paliatywna z zastosowaniem 60Co — promieniowanie gamma, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
107	5.07.01.0000060	nd	Teleradioterapia paliatywna frakcjonowana	3 551								x	x	- cały cykl leczenia, - warunki określone w zał. Nr 3a, - obejmuje procedury: 92.223 Teleradioterapia paliatywna — promieniowanie X, 92.233 Teleradioterapia paliatywna z zastosowaniem 60Co — promieniowanie gamma, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
108	5.07.01.0000048	nd	Zakwaterowanie do teleradioterapii / protonoterapii	162									x	- za osobodzień, - obejmuje zapewnienie transportu w przypadku zakwaterowania świadczeniobiorcy poza podmiotem działalności leczniczej
109	5.07.01.0000056	nd	Teleradioterapia stereotaktyczna	14 571								x	x	- zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.261 Teleradioterapia 3D stereotaktyczna z modulacją intensywności dawki (3D-SIMRT) — fotony, 92.263 Teleradioterapia 3D stereotaktyczna konformalna (3D-SCRT) — fotony, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
110	5.07.01.0000062	nd	Brachyterapia śródtkankowa/śródmaciczna w oparciu o planowanie 3D - aplikacje wielorazowe z podaniem jednej frakcji w trakcie jednej aplikacji	20 877								x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.413 Brachyterapia śródtkankowa - planowanie 3D, 92.432 Brachyterapia wewnątrzjamowa - planowanie 3D, - ICD-10 (w rozpoznaniu pierwotnym): C20 - Nowotwór złośliwy odbytnicy, C21 - Nowotwór złośliwy odbytu i kanału odbytu, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
111	5.07.01.0000063	nd	Brachyterapia śródtkankowa w oparciu o planowanie 3D - aplikacje jednorazowe z podaniem wielu frakcji	13 001								x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.413 Brachyterapia śródtkankowa - planowanie 3D, - ICD-10 (w rozpoznaniu pierwotnym): C20 - Nowotwór złośliwy odbytnicy, C21 - Nowotwór złośliwy odbytu i kanału odbytu, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
112	5.07.01.0000065	nd	Brachyterapia powierzchniowa oparta na planowaniu 3D	9 511								x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.452 Brachyterapia powierzchniowa - planowanie 3D, - ICD-10 (w rozpoznaniu pierwotnym): C20 - Nowotwór złośliwy odbytnicy, C21 - Nowotwór złośliwy odbytu i kanału odbytu, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
113	5.07.01.0000067	nd	Brachyterapia śródoperacyjna	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
114	5.07.01.0000052	nd	Brachyterapia z planowaniem 3D ze wszczepieniem stałych źródeł izotopowych	1								x	x	- rozliczenie świadczenia na podstawie specyfikacji kosztowej, - cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.411 Trwałe wszczepienie źródeł radioizotopowych

115	03.4240.011.02 Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG)	5.07.01.0000069	nd	Brachyterapia oparta o planowanie 2D	4 458								x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.410 Wlew koloidalnego radioizotopu do jam ciała, 92.412 Brachyterapia śródtkankowa- planowanie standardowe, 92.421 Brachyterapia wewnątrzprzewodowa - planowanie standardowe, 92.431 Brachyterapia wewnętrzjamowa - planowanie standardowe, 92.451 Brachyterapia powierzchniowa - planowanie standardowe, - lokalizacja: nowotwory, których napromienianie następuje w oparciu o planowanie 2D, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita	
116		5.07.01.0000070	nd	Zakwaterowanie do brachyterapii	162									x	- za osobodzień, - obejmuje zapewnienie transportu w przypadku zakwaterowania świadczeniobiorcy poza podmiotem działalności leczniczej	
117		5.07.01.0000071	nd	Powtórne planowanie	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	
118		5.52.01.0001423	nd	Wytworzenie stałego dostępu naczyniowego z wytworzeniem tunelu podskórnego przeznaczonego do użytku długoterminowego z hospitalizacją	1 371,43								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.	364,23								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	555,76								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.	480,95								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 § 25 pkt 21 zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne	
124		5.52.01.0001554	nd	Hospitalizacja do brachyterapii	411,57								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								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								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)	26 558,78								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	1 140,61								x			
132		5.60.01.0000018	nd	Opieka psychologiczna - etap leczenia choroby nowotworowej	74								x	x	możliwość sumowania z produktem rozliczeniowym związanym z rozliczeniem kosztów hospitalizacji	
133		5.32.00.0000006	nd	diagnostyka wstępna – nowotwory dolnego odcinka układu pokarmowego	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									x	świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna	
135		5.60.01.0000017	nd	Opieka psychologiczna - etap diagnostyki choroby nowotworowej	160									x	- obejmuje pełną opiekę psychologiczną na etapie diagnostyki choroby nowotworowej w zakresie określonym w załączniku nr 4 (lp. 48 i 57) do rozporządzenia szpitalnego, - produkt rozliczany jest tylko raz w stosunku do danego świadczeniobiorcy	
136		5.60.01.0000016	nd	Inna konsultacja specjalistyczna w kompleksowej opiece onkologicznej	68									x	dotyczy konsultacji specjalistycznych przeprowadzonych przez lekarzy specjalistów w innych dziedzinach medycyny niż wskazane w części 3 załącznika 3a do rozporządzenia szpitalnego	
137		5.10.00.0000103	nd	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy I	2 795									x	- z zastosowaniem radiofarmaceutyku 18F-FDG, 18F-NaF, - do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej lub pogłębionej albo z innymi produktami rozliczeniowymi, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady	
138		5.10.00.0000104	nd	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy II	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, - do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej lub pogłębionej albo z innymi produktami rozliczeniowymi, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady	
139		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.
140		5.51.01.0021001	Z01	Kompleksowa diagnostyka onkologiczna*		3 540	3 540							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

141		5.60.01.0000015	nd	Pobyt diagnostyczny	150							x	x		- można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - zgodnie z § 19 pkt 13 i 14 zarządzenia
142		5.05.00.0000106	nd	Znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 1	172								x		- świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: 45.231, 45.253, 45.239, 45.42 w ramach odpowiedniego pakietu diagnostyki wstępnej albo pogłębionej, - świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: badania tomografii komputerowej (TK) w ramach pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębionej, - świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: 45.231, 45.253, 45.239, 45.42 w ramach produktów rozliczeniowych: 5.06.00.0000902, 5.06.00.0000903, 5.03.00.0000042, - świadczenie do sumowania z badaniami tomografii komputerowej (TK) w ramach produktów rozliczeniowych: 5.03.00.0000070, 5.03.00.0000095, 5.03.00.0000071, 5.03.00.0000096, 5.03.00.0000115, 5.03.00.0000097, 5.03.00.0000116, 5.03.00.0000073, 5.03.00.0000117, 5.03.00.0000099, 5.03.00.0000086, - kryteria kwalifikacji do świadczeń tomografii komputerowej (TK) w znieczuleniu: 1) wiek do 12 roku życia włącznie lub 2) wiek do 18 roku życia oraz rozpoznanie według klasyfikacji ICD-10: F90, R44, lub 3) nasilony przebieg zaburzeń lękowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD 10: F40 - F41, lub 4) brak współpracy pacjenta z personelem medycznym z powodu nasilenia objawów w przebiegu zaburzeń psychicznych lub rozwojowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD-10: F00 - F07, F20 - F25, F28 - F31, F71 - F73, F84, lub 5) zaburzenia ruchowe o nasileniu utrudniającym przeprowadzenie badania (drżenia typu płasawiczego lub parkinsonowskiego), - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12
143		5.05.00.0000107	nd	Znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 2	270								x		- świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: badania rezonansu magnetycznego (MR) w ramach pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębionej, - świadczenie do sumowania z badaniami rezonansu magnetycznego (MR) w ramach produktów rozliczeniowych: 5.03.00.0000076, 5.03.00.0000079, 5.03.00.0000102, 5.03.00.0000122, 5.03.00.0000103, 5.03.00.0000123, 5.03.00.0000105, - kryteria kwalifikacji do świadczeń rezonansu magnetycznego (MR) w znieczuleniu: 1) wiek do 12 roku życia włącznie lub 2) wiek do 18 roku życia oraz rozpoznanie według klasyfikacji ICD-10: F90, R44, lub 3) nasilony przebieg zaburzeń lękowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD 10: F40 - F41, lub 4) brak współpracy pacjenta z personelem medycznym z powodu nasilenia objawów w przebiegu zaburzeń psychicznych lub rozwojowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD-10: F00 - F07, F20 - F25, F28 - F31, F71 - F73, F84, lub 5) zaburzenia ruchowe o nasileniu utrudniającym przeprowadzenie badania (drżenia typu płasawiczego lub parkinsonowskiego), - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12
144		5.05.00.0000105	nd	Konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego	75								x		- świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: 45.231, 45.253, 45.239, 45.42 w ramach odpowiedniego pakietu diagnostyki wstępnej albo pogłębionej, - świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: badania tomografii komputerowej (TK) w ramach pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębionej, - świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: badania rezonansu magnetycznego (MR) w ramach pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębionej, - świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: 45.231, 45.253, 45.239, 45.42 w ramach produktów rozliczeniowych: 5.06.00.0000902, 5.06.00.0000903, 5.03.00.0000042, - świadczenie do sumowania z badaniami tomografii komputerowej (TK) w ramach produktów: 5.03.00.0000070, 5.03.00.0000095, 5.03.00.0000071, 5.03.00.0000096, 5.03.00.0000115, 5.03.00.0000097, 5.03.00.0000116, 5.03.00.0000073, 5.03.00.0000117, 5.03.00.0000099, 5.03.00.0000086, - świadczenie do sumowania z badaniami rezonansu magnetycznego (MR) w ramach produktów rozliczeniowych: 5.03.00.0000076, 5.03.00.0000079, 5.03.00.0000102, 5.03.00.0000122, 5.03.00.0000103, 5.03.00.0000123, 5.03.00.0000105, - kryteria kwalifikacji do świadczeń tomografii komputerowej (TK) lub rezonansu magnetycznego (MR) w znieczuleniu określono przy produktach rozliczeniowych: 5.05.00.0000106 znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 1 i 5.05.00.0000107 znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 2, - porada nie stanowi kwalifikacji pacjenta do znieczulenia przeprowadzanej nie później niż 24 godziny przed zabiegiem w trybie planowym, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U. z 2024 r. poz. 332, z późn. zm.)
145		5.30.00.0000001	W01	W01 Świadczenie pohospitalizacyjne	48								x		świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
146		5.30.00.0000002	W02	W02 Świadczenie receptowe	11								x		świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
147		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
148		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
149		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
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		5.03.00.0000070	nd	TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego	159								x		
154		5.03.00.0000095	nd	TK: innej okolicy anatomicznej ze wzmocnieniem kontrastowym	292								x		
155		5.03.00.0000071	nd	TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	350								x		
156		5.03.00.0000096	nd	TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego	203								x		
157		5.03.00.0000115	nd	TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego	300								x		
158		5.03.00.0000097	nd	TK: badanie dwóch okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym	369								x		

159		5.03.00.0000116	nd	TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym	441								x		
160		5.03.00.0000073	nd	TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	468								x		
161		5.03.00.0000117	nd	TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	591								x		
162		5.03.00.0000099	nd	TK innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	464								x		
163		5.03.00.0000086	nd	TK: wirtualna kolonoskopia u pacjentów, u których warunki anatomiczne uniemożliwiają wykonanie kolonoskopii tradycyjnej	497								x		
164		5.03.00.0000076	nd	MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup bez wzmocnienia kontrastowego	368								x		
165		5.03.00.0000079	nd	MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż odcinek kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	757								x		
166		5.03.00.0000102	nd	MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	531								x		
167		5.03.00.0000122	nd	MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	694								x		
168		5.03.00.0000103	nd	MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1 078								x		
169		5.03.00.0000123	nd	MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1 255								x		
170		5.03.00.0000105	nd	MR badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	938								x		
171		5.60.01.0000019	nd	Opieka psychologiczna - etap monitorowania choroby nowotworowej	74								x		możliwość wykazania maksymalnie 5 produktów

(*) 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*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur J02kon, procedury z listy procedur J04G oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon

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

wymagane wskazanie procedury z listy procedur J02kon, procedury z listy procedur J04Hkon oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon

J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur J02kon i rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon

J02kon ICD-9

- 85.261 Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych bez centralizacji kompleksu brodawka - otoczka piersiowa lub z centralizacją
- 85.432 Zmodyfikowana radykalna mastektomia
- 85.433 Prosta mastektomia z wycięciem regionalnych węzłów chłonnych
- 85.451 Usunięcie piersi, mięśnia piersiowego, regionalnych węzłów chłonnych [pachowych, pod i nadobojczykowych]
- 85.452 Radykalna odjęcie piersi BNO
- 85.46 Obustronne radykalne odjęcie piersi
- 85.471 Wycięcie piersi, mięśnia piersiowego, regionalnych węzłów chłonnych [pachowych, nadobojczykowych, piersiowych wewnętrznych, śródpiersiowych]
- 85.472 Poszerzona radykalna amputacja piersi BNO
- 85.48 Obustronne poszerzone radykalne odjęcie piersi

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

wymagane wskazanie procedury z listy procedur J03Ekon i rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J03Ekon; wiek > 65 r.ż.

lub

wymagane wskazanie procedury 85.22 Resekcja kwadrantu piersi lub 85.269 Wycięcie guza piersi – BCT - inne; rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon; wiek > 65 r.ż.

J03Ekon ICD-9

- 85.312 Jednostronna zmniejszająca mammoplastyka
- 85.411 Mastektomia - inna
- 85.412 Mastektomia całkowita
- 85.421 Obustronne proste odjęcie piersi
- 85.422 Obustronne całkowite odjęcie piersi
- 85.431 Poszerzona prosta mastektomia - inna

J03Ekon ICD-10

- C50.0 Nowotwór złośliwy (brodawka i otoczka brodawki sutkowej)
- C50.1 Nowotwór złośliwy (centralna część sutka)
- C50.2 Nowotwór złośliwy (ćwiartka górna wewnętrzna sutka)
- C50.3 Nowotwór złośliwy (ćwiartka dolna wewnętrzna sutka)
- C50.4 Nowotwór złośliwy (ćwiartka górna zewnętrzna sutka)
- C50.5 Nowotwór złośliwy (ćwiartka dolna zewnętrzna sutka)
- C50.6 Nowotwór złośliwy (część pachowa sutka)
- C50.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice sutka)
- C50.9 Nowotwór złośliwy (sutek, nieokreślony)
- C79.8 Wtórny nowotwór złośliwy innych określonych umiejscowień
- D05.0 Rak zrazikowy in situ
- D05.1 Rak wewnątr przeprowodowy in situ
- D05.7 Inny rak sutka in situ
- D05.9 Rak in situ sutka, nieokreślony

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

wymagane wskazanie procedury z listy procedur J03Ekon i rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J03Ekon; wiek < 66 r.ż.

lub

wymagane wskazanie procedury 85.22 Resekcja kwadrantu piersi lub 85.269 Wycięcie guza piersi – BCT - inne; rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon; wiek < 66 r.ż.

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

wymagane wskazanie procedury z listy procedur J03Ekon i rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J03O; wiek < 66 r.ż.

lub

wymagane wskazanie procedury 85.22 Resekcja kwadrantu piersi lub 85.269 Wycięcie guza piersi – BCT - inne; rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J03O; wiek < 66 r.ż.

ICD-10

- C50.0 Nowotwór złośliwy (brodawka i otoczka brodawki sutkowej)
- C50.1 Nowotwór złośliwy (centralna część sutka)
- C50.2 Nowotwór złośliwy (ćwiartka górna wewnętrzna sutka)

- C50.3 Nowotwór złośliwy (ćwiartka dolna wewnętrzna sutka)
- C50.4 Nowotwór złośliwy (ćwiartka górna zewnętrzna sutka)
- C50.5 Nowotwór złośliwy (ćwiartka dolna zewnętrzna sutka)
- C50.6 Nowotwór złośliwy (część pachowa sutka)
- C50.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice sutka)
- C50.9 Nowotwór złośliwy (sutek, nieokreślony)

J04G Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanki własnej*
wymagane wskazanie procedury z listy procedur J04G i rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J03Ekon

- ICD-9**
- 85.842 Rekonstrukcja piersi płatem skórno-mięśniowym uszypułowanym
 - 85.851 Rekonstrukcja piersi płatem skórno-mięśniowym wolnym z połączeniem mikrochirurgicznym
 - 85.88 Rekonstrukcja piersi płatem skórno-mięśniowym wolnym/ uszypułowanym z protezą piersiową

J04H Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem protezy/ ekspandera*
wymagane wskazanie procedury z listy procedur J04Hkon i rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J03Ekon

- J04Hkon ICD-9**
- 85.33 Jednostronna podskórna mammektomia/ wszczep
 - 85.35 Obustronna podskórna mammektomia/ wszczep
 - 85.531 Jednostronne wszczepienie protezy piersiowej
 - 85.55 Wymiana ekspandera na endoprotezę piersiową
 - 85.71 Całkowita rekonstrukcja piersi
 - 85.72 Obustronna całkowita rekonstrukcja piersi
 - 85.95 Wprowadzenie ekspandera do piersi
 - 85.97 Wszczepienie ekspanderoprotezy piersiowej

J05 Średnia chirurgia piersi*
wymagane wskazanie procedury z listy procedur J05kon i rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J03Ekon

- J05kon ICD-9**
- 85.22 Resekcja kwadrantu piersi
 - 85.314 Jednostronna symetryzacja piersi zdrowej
 - 85.87 Rekonstrukcja lub zabieg naprawczy brodawki sutkowej - inne
 - 85.94 Usunięcie wszczepu piersi

J06 Mała chirurgia piersi*
wymagane wskazanie procedury 85.114 Przeskórna gruboigłowa biopsja piersi – celowana i rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J03Ekon

J08 Choroby piersi złośliwe
wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon

- J08kon ICD-10**
- C50.0 Nowotwór złośliwy (brodawka i otoczka brodawki sutkowej)
 - C50.1 Nowotwór złośliwy (centralna część sutka)
 - C50.2 Nowotwór złośliwy (ćwiartka górna wewnętrzna sutka)
 - C50.3 Nowotwór złośliwy (ćwiartka dolna wewnętrzna sutka)
 - C50.4 Nowotwór złośliwy (ćwiartka górna zewnętrzna sutka)
 - C50.5 Nowotwór złośliwy (ćwiartka dolna zewnętrzna sutka)
 - C50.6 Nowotwór złośliwy (część pachowa sutka)
 - C50.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice sutka)
 - C50.9 Nowotwór złośliwy (sutek, nieokreślony)
 - C79.8 Wtórny nowotwór złośliwy innych określonych umiejscowień
 - C80 – Nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia (w szczególności nowotwór piersi ze zmianami umiejscowionymi jedynie w pachowych lub nadobojczykowych węzłach chłonnych)
 - D05.0 Rak zrazikowy in situ
 - D05.1 Rak wewnątrzprzewodowy in situ
 - D05.7 Inny rak sutka in situ
 - D05.9 Rak in situ sutka, nieokreślony

J10 Biopsja mammotomiczna *
wymagane wskazanie procedury z listy procedur J10; czas pobytu < 5 dni

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

Q18 Duże zabiegi na układzie limfatycznym*
wymagane wskazanie procedury z listy Q18kon oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon

- Q18kon 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 J08kon

Q20 Małe zabiegi na układzie limfatycznym
wymagane wskazanie procedury z listy procedur Q20kon; czas pobytu < 5 dni

- Q20kon ICD-9**
- 40.10 Biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych)

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 współlistniejącego 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 Czynnne ćwiczenia oddechowe
93.1903 Ćwiczenia sprawności manualnej
93.1907 Ćwiczenia zespołowe
93.1909 Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne
93.3301 Kąpiel wirowa kończyn górnych
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 manulanej - metoda Kaltenborna - Evjenta
93.3821 Metody terapii manualnej - metoda Maitlanda
93.3827 Metody terapii manuanlej - inne
93.3831 Ćwiczenia specjalne
93.3912 Masaż klasyczny - częściowy
93.3916 Masaż pneumatyczny
93.3918 Masaż inny
93.3981 Inne kąpiele
93.3985 Masaż wibracyjny
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
I97.8 Inne pozabiegowe zaburzenia funkcji układu krążenia, niesklasyfikowane gdzie indziej
I97.9 Pozabiegowe zaburzenia funkcji układu krążenia, nieokreślone
C50.0 Brodawka i otoczka brodawki sutka
C50.1 Centralna część sutka
C50.2 Ćwiartka górna wewnętrzna sutka
C50.3 Ćwiartka dolna wewnętrzna sutka
C50.4 Ćwiartka górna zewnętrzna sutka
C50.5 Ćwiartka dolna zewnętrzna sutka
C50.6 Część pachowa sutka
C50.8 Zmiana przekraczająca granice sutka
C50.9 Sutek, nieokreslony
C79.8 Wtórny nowotwór złośliwy innych określonych umiejscowień
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

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 specjalistyczn, 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)

F30 Kompleksowe i duże zabiegi jelita grubego

wymagane wskazanie procedury z listy procedur F30kon oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F30kon

F30kon ICD-9

- 45.52 Wyizolowanie segmentu jelita grubego
- 45.711 Mnogie resekcje segmentalne urazowo zmienionego 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
- 45.732 Prawostronna radykalna kolektomia
- 45.733 Hemikolektomia prawostronna
- 45.74 Resekcja poprzecznicy
- 45.75 Hemikolektomia lewostronna
- 45.76 Sigmoidektomia
- 45.799 Częściowe wycięcie jelita grubego – inne
- 45.8 Totalna śródbrzuszna kolektomia
- 45.93 Zespoleenie jelito cienkie-jelito grube – inne
- 45.94 Zespoleenie jelito grube-jelito grube
- 45.951 Zespoleenie do odbytu
- 45.952 Wytworzenie zbiornika jelitowego (J, H, S) z zespoleniem jelita cienkiego z odbytem
- 46.011 Ileostomia pętlowa
- 46.032 Kolostomia pętlowa
- 46.11 Czasowa kolostomia
- 46.13 Stała kolostomia
- 46.14 Odłożone otwarcie kolostomii
- 46.19 Kolostomia – inna
- 46.43 Rewizja przetoki jelita grubego – inna
- 48.1 Wytworzenie przetoki odbytniczej
- 48.491 Brzuszo kroczoowa resekcja odbytnicy pull-through
- 48.5 Brzuszo-kroczoowa 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
48.691 Częściowe wycięcie odbytnicy
48.692 Resekcja odbytnicy BNO
49.6 Wycięcie odbytu

F30kon ICD-10

C18.0 Nowotwór złośliwy (jelito ślepe)
C18.2 Nowotwór złośliwy (okreźnica wstępująca)
C18.3 Nowotwór złośliwy (zgięcie wątrobowe)
C18.4 Nowotwór złośliwy (okreźnica poprzeczna)
C18.5 Nowotwór złośliwy (zgięcie śledzionowe)
C18.6 Nowotwór złośliwy (okreźnica zstępująca)
C18.7 Nowotwór złośliwy (esica)
C18.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice okreźnicy)
C18.9 Nowotwór złośliwy (okreźnica, 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 (okreźnica)
D01.1 Rak in situ (zgięcie esiczo-odbytnicze)
D01.2 Rak in situ (odbytnica)
D37.4 Nowotwór o nieokreślonym charakterze (okreźnica)
D37.5 Nowotwór o nieokreślonym charakterze (odbytnica)

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

wymagane wskazanie procedury z listy procedur F32Okon oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F32O

F32Okon 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 kroczoowa resekcja odbytnicy pull-through
48.691 Częściowe wycięcie odbytnicy
48.692 Resekcja odbytnicy BNO
49.6 Wycięcie odbytu

F32Okon ICD-10

C18.0 Nowotwór złośliwy (jelito ślepe)
C18.2 Nowotwór złośliwy (okreźnica wstępująca)
C18.3 Nowotwór złośliwy (zgięcie wątrobowe)
C18.4 Nowotwór złośliwy (okreźnica poprzeczna)
C18.5 Nowotwór złośliwy (zgięcie śledzionowe)
C18.6 Nowotwór złośliwy (okreźnica zstępująca)
C18.7 Nowotwór złośliwy (esica)
C18.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice okreźnicy)
C18.9 Nowotwór złośliwy (okreźnica, nieokreślona)
C19 Nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego
C20 Nowotwór złośliwy odbytnicy
C21.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice odbytu i kanału odbytu)

F36 Choroby jelita grubego

wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F30kon

F37 Diagnostyczne i male zabiegi dolnego odcinka przewodu pokarmowego

wymagane wskazanie procedury z listy procedur F37kon, procedury z listy F1 oraz rozpoznania zasadniczego z listy F30kon lub F86Ekon lub F96kon; czas pobytu < 5 dni

lub

wymagane wskazanie procedury z listy procedur F37kon, rozpoznania zasadniczego z listy F30kon lub F86Ekon lub F96kon oraz rozpoznania współlistniejącego z listy dodatkowej F2; czas pobytu < 5 dni

F37kon ICD-9

45.22 Endoskopia jelita grubego przez przetokę
45.231 Fiberokolonoskopia
45.24 Fiberosigmoidoskopia
45.252 Pobranie materiału przez wyszczoteczkiwanie 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

48.23 Procto-sigmoidoskopia sztywnym wziernikiem;

F38 Średnie i endoskopowe zabiegi dolnego odcinka przewodu pokarmowego

wymagane wskazanie procedury z listy procedur F38kon oraz rozpoznania zasadniczego z listy F30kon lub F86Ekon lub F96kon

F38kon ICD-9

- 45.251 Zamknięta biopsja jelita grubego z bliżej nieokreślonego miejsca
- 45.431 Endoskopowa ablacja guza jelita grubego
- 45.49 Zniszczenie zmiany jelita grubego – inne

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 (okreźnica wstępująca)
- C18.3 Nowotwór złośliwy (zgięcie wątrobowe)
- C18.4 Nowotwór złośliwy (okreźnica poprzeczna)
- C18.5 Nowotwór złośliwy (zgięcie śledzionowe)
- C18.6 Nowotwór złośliwy (okreźnica zstępująca)
- C18.7 Nowotwór złośliwy (esica)
- C18.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice okreźnicy)
- C18.9 Nowotwór złośliwy (okreźnica, 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 F30kon 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 F30kon lub F86Ekon lub F96kon; wiek < 66r.ż.

F86E Choroby wyrostka robaczkowego > 65r.ż.

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

F86Ekon ICD-10

- C18.1 Nowotwór złośliwy (wyrostek robaczkowy)

F86F Choroby wyrostka robaczkowego < 66r.ż.

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

F93 Średnie zabiegi odbytu*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur F93kon oraz rozpoznania zasadniczego z listy F30kon lub F96kon

F93kon ICD-9

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

F94 Male zabiegi odbytu i odbytnicy*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur F94kon oraz rozpoznania zasadniczego z listy F30kon lub F96kon; czas pobytu < 5 dni

F94kon ICD-9

- 48.22 Wziernikowanie odbytnicy/esicy przez przetokę
- 48.32 Elektrokoagulacja zmiany odbytnicy - inna
- 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)

Listy dodatkowe do sekcji F

F1

ICD-9

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

F2

ICD-10

- D50.0 Niedokrwistość z niedoboru żelaza spowodowana (przewlekłą) utratą krwi
- D50.1 Dysfagia syderopeniczna
- D50.8 Inne niedokrwistości z niedoboru żelaza
- D50.9 Nieokreślone niedokrwistości z niedoboru żelaza
- D51.0 Niedokrwistość z niedoboru witaminy B12 spowodowana niedoborem czynnika wewnętrznego
- D51.1 Niedokrwistość z niedoboru witaminy B12 spswodowana wybiórczym upośledzeniem wchłaniania witaminy B12 połączona z białkomoczem
- D51.2 Niedobór transkobalaminy II
- D51.3 Inne niedokrwistości z niedoboru witaminy B12 zależne od diety
- D51.8 Inne niedokrwistości z niedoboru witaminy B12
- D51.9 Nieokreślona niedokrwistość z niedoboru witaminy B12
- D52.0 Niedokrwistość z niedoboru kwasu foliowego zależna od diety
- D52.1 Niedokrwistość z niedoboru kwasu foliowego wywołana lekami
- D52.8 Inne niedokrwistości z niedoboru kwasu foliowego
- D52.9 Nieokreślona niedokrwistość z niedoboru kwasu foliowego
- D53.0 Niedokrwistość z powodu niedoborów białkowych
- D53.1 Inne niedokrwistości megaloblastyczna niesklasyfikowane gdzie indziej
- D53.2 Niedokrwistość w przebiegu gnilca
- D53.8 Niedokrwistość zależna od innych określonych niedoborów pokarmowych
- D53.9 Nieokreślona niedokrwistość z niedoborów pokarmowych
- D55.0 Niedokrwistość spowodowana niedoborem dehydrogenazy glukozo-6-fosforanowej (G-6-PD)
- D55.1 Niedokrwistość zależna od innych zaburzeń metabolizmu glutationu
- D55.2 Niedokrwistość zależna od zaburzeń dotyczących enzymów glikolitycznych
- D55.8 Inna niedokrwistość zależna od zaburzeń enzymatycznych
- D55.9 Nieokreślona niedokrwistość zależna od zaburzeń enzymatycznych
- D56.0 Talasemia alfa
- D56.1 Talasemia beta
- D56.2 Talasemia delta-beta
- D56.3 Cecha talasemii
- D56.4 Dziedziczna przetrwała hemoglobina płodowa (HPPH)
- D56.8 Inne talasemie
- D56.9 Nieokreślona talasemia
- D57.0 Niedokrwistość sierpowatokrwinkowa z przełomem
- D57.1 Niedokrwistość sierpowatokrwinkowa bez przełomu
- D57.2 Podwójna heterozygota w połączeniu z sierpowatokrwinkowością
- D57.3 Cecha sierpowatokrwinkowości
- D57.8 Inne sierpowatokrwinkowości
- D58.0 Sferocytoza dziedziczna
- D58.1 Eliptocytoza dziedziczna
- D58.2 Inne hemoglobinopatie
- D58.8 Inne określone dziedziczne niedokrwistości hemolityczne
- D58.9 Nieokreślone dziedziczne niedokrwistości hemolityczne
- D59.0 Niedokrwistość autoimmunohemolityczna wywołana lekami
- D59.1 Inne niedokrwistości autoimmunohemolityczne
- D59.2 Niedokrwistość hemolityczna nieautoimmunologiczna wywołana lekami
- D59.3 Zespół hemolityczno-mocznicowy
- D59.4 Inne niedokrwistości hemolityczne nieautoimmunologiczne
- D59.5 Nocna napadowa hemoglobinuria (zespół Marchiafavy-Micheli'ego)
- D59.6 Hemoglobinuria spowodowana hemolizą z innych przyczyn zewnętrznych
- D59.8 Inne niedokrwistości hemolityczne nabyte
- D59.9 Nieokreślona niedokrwistość hemolityczna nabyta
- D60.0 Przewlekła nabyta czysta aplazja czerwonekrwinkowa
- D60.1 Przemijająca nabyta czysta aplazja czerwownokrwinkowa

D60.8 Inne nabyte czyste aplazje czerwownokrwinkowe

D60.9 Nieokreślona nabyta czysta aplazja czerwonokrwinkowa

D61.0 Niedokrwistość aplastyczna konstytucjonalna

D61.1 Niedokrwistość aplastyczna wywołana lekami

D61.2 Niedokrwistość aplastyczna spowodowana innymi czynnikami zewnętrznymi

D61.3 Niedokrwistość aplastyczna idiopatyczna

D61.8 Inne określone niedokrwistości aplastyczne

D61.9 Nieokreślona niedokrwistość aplastyczna

D62 Ostra niedokrwistość pokrwotoczna

D63.0 Niedokrwistość w przebiegu choroby nowotworowej (C00-D48+)

D63.8 Niedokrwistość w przebiegu innych chorób przewlekłych sklasyfikowanych gdzie indziej

D64.0 Dziedziczna niedokrwistość syderoblastyczna

D64.1 Wtórna niedokrwistość syderoblastyczna w przebiegu innych chorób

D64.2 Wtórna niedokrwistość syderoblastyczna spowodowana lekami lub substancjami toksycznymi

D64.3 Inne niedokrwistości syderoblastyczne

D64.4 Wrodzona niedokrwistość dyserytropoetyczna

D64.8 Inne określone niedokrwistości

D64.9 Nieokreślona niedokrwistość

D66 Dziedziczny niedobór czynnika VIII

D67 Dziedziczny niedobór czynnika IX

D68.0 Choroba von Willebranda

D68.1 Dziedziczny niedobór czynnika XI

D68.2 Dziedziczny niedobór innych czynników krzepnięcia

D68.3 Skazy krwotoczne zależne od obecności krążących antykoagulantów

D68.4 Nabyty niedobór czynników krzepnięcia

D68.8 Inne określone zaburzenia krzepnięcia

D68.9 Nieokreślone zaburzenia krzepnięcia

D69.0 Plamica alergiczna

D69.1 Jakościowe defekty płytek

D69.2 Inne skazy niemałopłytkowe

D69.3 Samoistna plamica małopłytkowa

D69.4 Inne pierwotne małopłytkowości

D69.5 Małopłytkowość wtórna

D69.6 Nieokreślona małopłytkowość

D69.8 Inne określone skazy krwotoczne

D69.9 Skazy krwotoczne, nieokreślone

D77 Inne choroby krwi i narządów krwiotwórczych w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej

D82.0 Zespół Wiskotta-Aldricha

E10.0 Cukrzyca insulinozależna (ze śpiączką)

E10.1 Cukrzyca insulinozależna (z kwasicą ketonową)

E10.6 Cukrzyca insulinozależna (z innymi określonymi powikłaniami)

E10.7 Cukrzyca insulinozależna (z wieloma powikłaniami)

E10.8 Cukrzyca insulinozależna (z nieokreślonymi powikłaniami)

E11.0 Cukrzyca insulini niezależna (ze śpiączką)

E11.1 Cukrzyca insulini niezależna (z kwasicą ketonową)

E11.6 Cukrzyca insulini niezależna (z innymi określonymi powikłaniami)

E11.7 Cukrzyca insulini niezależna (z wieloma powikłaniami)

E11.8 Cukrzyca insulini niezależna (z nieokreślonymi powikłaniami)

E12.0 Cukrzyca związana z niedożywieniem (ze śpiączką)

E12.1 Cukrzyca związana z niedożywieniem (z kwasicą ketonową)

E12.6 Cukrzyca związana z niedożywieniem (z innymi określonymi powikłaniami)

E12.7 Cukrzyca związana z niedożywieniem (z wieloma powikłaniami)

E12.8 Cukrzyca związana z niedożywieniem (z nieokreślonymi powikłaniami)

E13.0 Inne określone postacię cukrzycy (ze śpiączką)

E13.1 Inne określone postacię cukrzycy (z kwasicą ketonową)

E13.6 Inne określone postacię cukrzycy (z innymi określonymi powikłaniami)

E13.7 Inne określone postacię cukrzycy (z wieloma powikłaniami)

E13.8 Inne określone postacię cukrzycy (z nieokreślonymi powikłaniami)

E14.0 Cukrzyca nieokreślona (ze śpiączką)

E14.1 Cukrzyca nieokreślona (z kwasicą ketonową)

E14.6 Cukrzyca nieokreślona (z innymi określonymi powikłaniami)

E14.7 Cukrzyca nieokreślona (z wieloma powikłaniami)

E14.8 Cukrzyca nieokreślona (z nieokreślonymi powikłaniami)

E16.2 Hipoglikemia, nieokreślona

E41 Wyniszczenie z niedożywienia

E42 Kwashiorkor z wyniszczeniem

E66.0 Otyłość spowodowana nadmierną podażą energii

E66.1 Otyłość polekowa

E66.2 Ciężka otyłość z hipowentylacją pęcherzykową

E66.8 Inne postacię otyłości

E66.9 Otyłość, nieokreślona

I11.0 Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca, z (zastoinową) niewydolnością serca

I11.9 Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca bez (zastoinowej) niewydolności serca

I13.0 Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z (zastoinową) niewydolnością serca

I13.1 Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z niewydolnością nerek

I13.2 Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, tak z (zastoinową) niewydolnością serca jak i niewydolnością nerek

I13.9 Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, nieokreślona

I15.0 Nadciśnienie naczyniowo-nerkowe

I15.1 Nadciśnienie wtórne do innej patologii nerek

I15.2 Nadciśnienie wtórne do zaburzeń układu wewnątrzwydzielniczego

I15.8 Inne wtórne nadciśnienie

I15.9 Nadciśnienie wtórne, nieokreślone

I20.0 Dusznicza niestabilna

I20.1 Dusznicza bolesna z udokumentowanym skurczem naczyń wieńcowych

I21.0 Ostry zawał serca pełnościenny ściany przedniej

I21.1 Ostry zawał serca pełnościenny ściany dolnej

I21.2 Ostry zawał serca pełnościenny o innej lokalizacji

I21.3 Ostry zawał serca pełnościenny o nieokreślonym umiejscowieniu

I21.4 Ostry zawał serca podwsierdziowy

I21.9 Ostry zawał serca, nieokreślony

I22.0 Ponowny zawał serca ściany przedniej

I22.1 Ponowny ostry zawał serca ściany dolnej

I22.8 Ponowny ostry zawał serca innych miejsc

I22.9 Ponowny ostry zawał serca o nieokreślonym umiejscowieniu

I23.0 Krwiak osierdzia jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca

I23.1 Ubytek przegrody międzyprzedsionkowej jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca

I23.2 Ubytek przegrody międzykomorowej jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca

I23.3 Pęknięcie ściany serca bez krwiaka osierdzia jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca

I23.4 Pęknięcie strun ścięgnistych jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca

I23.5 Pęknięcie mięśnia brodawkowatego jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca

I23.6 Skrzepłina przedsionka, uszka przedsionka i komory jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca

I23.9 Inne powikłania występujące w czasie ostrego zawału serca

I24.0 Zakrzepica tętnicy wieńcowej bez zawału serca

I44.0 Blok przedsionkowo-komorowy pierwszego stopnia

I44.1 Blok przedsionkowo-komorowy drugiego stopnia

I44.2 Blok przedsionkowo-komorowy zupełny

I44.3 Inne i nieokreślone bloki przedsionkowo-komorowe

I44.4 Blok przedniej gałęzi lewej odnogi

I44.5 Blok tylnej gałęzi lewej odnogi

I44.6 Inny i nieokreślony blok gałęzi

I44.7 Blok lewej odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego Hisa, nieokreślony

I45.0 Blok prawej odnogi

I45.1 Inne i nieokreślone bloki prawej odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego Hisa

I45.2 Blok dwugałęziowy

I45.3 Blok trójgałęziowy

I45.4 Nieokreślony blok wewnątrzkomorowy

I45.5 Inny określony blok serca

I45.6 Zespół preekscytacji

I45.8 Inne określone zaburzenia przewodnictwa

I45.9 Zaburzenie przewodnictwa, nieokreślone

I47.0 Komorowe zaburzenia rytmu typu fali nawrotowej (re-entry)

I47.1 Częstoskurcz nadkomorowy

I47.2 Częstoskurcz komorowy

I47.9 Częstoskurcz napadowy, nieokreślony

I48 Migotanie i trzepotanie przedsionków

I49.0 Migotanie i trzepotanie komór

I49.1 Przedwczesna depolaryzacja przedsionkowa

I49.2 Przedwczesna depolaryzacja (pobudzenie) z łączy przedsionkowo-komorowego

I49.3 Przedwczesna depolaryzacja (pobudzenie) komór

I49.4 Inne i nieokreślone przedwczesne depolaryzacje (pobudzenia)

I49.5 Zespół chorej zatoki

I49.8 Inne określone zaburzenia rytmu serca

I49.9 Zaburzenia rytmu serca, nieokreślone

J41.1 Przewlekłe zapalenie oskrzeli śuzowo-ropne

J41.8 Przewlekłe zapalenie oskrzeli mieszane: proste i śuzowo-ropne

J42 Nieokreślone przewlekłe zapalenie oskrzeli

J43.0 Zespół MacLeoda

J43.1 Rozedma całego zrazika (płuca)

J43.2 Rozedma środkowej części zrazika (płuca)

J43.8 Inna rozedma płuc

J43.9 Nieokreślona rozedma płuc

J44.0 Przewlekła zaporowa choroba płuc z ostrym zakażeniem dolnych dróg oddechowych

J44.1 Nieokreślona przewlekła zaporowa choroba płuc w okresie zaostrzenia

J44.8 Inna określona przewlekła zaporowa choroba płuc

J44.9 Nieokreślona przewlekła zaporowa choroba płuc

J45.0 Dychawica oskrzelowa w głównej mierze z przyczyn uczuleniowych

J45.1 Dychawica oskrzelowa nieuczuleniowa

J45.8 Dychawica oskrzelowa mieszana

J45.9 Nieokreślona dychawica oskrzelowa

J46 Stan astmatyczny

J47 Rozstrzenie oskrzeli

J68.4 Stany chorobowe przewlekłe układu oddechowego wywołane przez czynniki chemiczne, gazy lub pary

K70.3 Alkoholowa marskość wątroby

K74.6 Inna i nieokreślona marskość wątroby

N17.0 Ostra niewydolność nerek z martwicą cewek

N17.1 Ostra niewydolność nerek z ostrą martwicą kory nerek

N17.2 Ostra niewydolność nerek z martwicą w części rdzeniowej

N17.8 Inna ostra niewydolność nerek

N17.9 Ostra niewydolność nerek, nieokreślona

N18.0 Schyłkowa niewydolność nerek

N18.8 Inna przewlekła niewydolność nerek

N18.9 Przewlekła niewydolność nerek, nieokreślona

N19 Nieokreślona niewydolność nerek

N99.0 Pozabiegowa niewydolność nerek

O24.4 Cukrzyca pojawiająca się w ciąży

O24.9 Cukrzyca w ciąży BNO

Q33.4 Wrodzone rozstrzenie oskrzeli

Q19 Średnie zabiegi na układzie limfatycznym*
wymagane wskazanie procedury 40.12 Wycięcie węzła wartowniczego oraz rozpoznania zasadniczego z listy F30kon 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 specjalistyczn, 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 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.), 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 zmiany wynikające z wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2025 r. w sprawie standardu organizacyjnego żywienia zbiorowego w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne (Dz. U. poz. 1780).

Najważniejsze zmiany dotyczą:

1) wprowadzenia w dodawanym § 13 ust. 1a zarządzenia obowiązku wdrożenia i stosowania standardu organizacyjnego żywienia zbiorowego w podmiocie leczniczym.

W konsekwencji powyższej zmiany wprowadzono przepis epizodyczny - § 2, dotyczący świadczeniodawców, którzy w okresie przejściowym do 31 sierpnia 2026 r. nie spełniają warunków określonych w standardzie. W celu rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej, dla których ustalono nową taryfę/ wycenę ustalono współczynnik korygujący, o którym mowa w ust. 1, jako iloraz wartości punktowej świadczenia opieki zdrowotnej, określonej w załączniku nr 1on do zarządzenia zmienianego § 1 w brzmieniu dotychczasowym i analogicznej wartości punktowej tego świadczenia określonej niniejszym zarządzeniem;

2) w zakresie załącznika nr 1on do zarządzenia wprowadzono zmiany polegające na implementacji nowych taryf wynikających z obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z 20 stycznia 2026 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych obejmujących implementację standardu żywienia w podmiotach leczniczych dla świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach leczenia szpitalnego oraz nowych wycen świadczeń, zgodnie z poleceniem Ministra Zdrowia z dnia 19 stycznia 2026 r. znak: ASG.6110.6.2026.MT, na podstawie raportu i aneksu do raportu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie ustalenia taryfy świadczeń: Świadczenia gwarantowane obejmujące implementację standardu żywienia w podmiotach leczniczych dla wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach leczenia szpitalnego znak: DAiR.521.4.2025.

Skutek finansowy po stronie płatnika publicznego wynikający z implementacji standardu organizacyjnego żywienia zbiorowego w podmiotach leczniczych wynosi łącznie dla wszystkich świadczeniodawców 825,1 mln zł w skali roku.

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 2025 r. poz. 400, 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 został przedstawiony 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 Izba Aptekarska, Krajowa Rada Ratowników Medycznych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach.

W wyniku konsultacji odpowiedź przesłał jeden podmiot, który nie zgłosił uwag. Pismo wpłynęło po terminie.

Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 stycznia 2026 r.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.