

**ZARZĄDZENIE NR 18/2026/DSOZ
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 9 lutego 2026 r.

**zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne
– świadczenia kompleksowe**

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

§ 1. W zarządzeniu nr 2/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe (z późn. zm.²⁾), wprowadza się następujące zmiany:

1) po § 12 dodaje się § 12a w brzmieniu:

„§ 12a. Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe 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 1k 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 1k do zarządzenia zmieniającego § 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⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz. 26.

²⁾ Zmienionym zarządzeniem Nr 174/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r., zarządzeniem Nr 39/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 lutego 2023 r., zarządzeniem Nr 40/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 lutego 2023 r., zarządzeniem Nr 133/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 września 2023 r., zarządzeniem Nr 38/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2024 r., zarządzeniem Nr 64/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 lipca 2025 r. oraz zarządzeniem Nr 77/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 września 2025 r.

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

§ 4. 1. 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.

2. Przepis ust. 1 stosuje się również do umów zawartych ze świadczeniodawcami po zakończeniu postępowań, o których mowa w § 3.

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

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

**PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
Filip Nowak**

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
/dokument podpisany elektronicznie/

KATALOG PRODUKTÓW ROZLICZENIOWYCH DEDYKOWANYCH DO ROZLICZANIA ŚWIADCZEŃ KOMPLEKSOWYCH															
L.p.	Etapy opieki kompleksowej	Kod produktu rozliczeniowego	Kod grupy	Nazwa produktu rozliczeniowego	Jednostka rozliczeniowa	Wartość punktowa produktu rozliczeniowego	Liczba dni pobytu finansowana grupą	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	świadczenie wykonywane w trybie hospitalizacji	świadczenie wykonywane w trybie ambulatoryjnym	świadczenie wykonywane w trybie domowym	Uwagi dodatkowe
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Zakres świadczeń: 03.4100.500.02 - KOMPLEKSOWA OPIEKA PO ZAWALE MIĘŚNIA SERCOWEGO (KOS-Zawał)															
1.	LECZENIE	5.51.01.0005010	E10	OZW - diagnostyka inwazyjna *	punkt	4 220						x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
2.		5.51.01.0005011	E11	OZW - leczenie inwazyjne dwuetapowe > 3 dni *	punkt	15 806	13				346	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
3.		5.51.01.0005090	E12G	OZW - leczenie inwazyjne *	punkt	9 953						x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
4.		5.51.01.0005015	E15	OZW - leczenie inwazyjne > 7 dni z pw *	punkt	13 876						x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
5.		5.51.01.0005016	E16	OZW > 69 r.ż. lub z pw	punkt	3 454	19	1 726	2 302	2 878	234	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
6.		5.51.01.0005091	E17G	OZW - leczenie zachowawcze	punkt	2 979		1 489	1 986	2 482		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne

7.	LECZENIE	5.51.01.0005092	E23G	Angioplastyka wieńcowa z implantacją jednego stentu *	punkt	5 270						x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
8.		5.51.01.0005093	E24G	Angioplastyka wieńcowa z implantacją nie mniej niż 2 stentów lub wielonaczyniowa *	punkt	7 748						x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
9.		5.51.01.0005026	E26	Angioplastyka wieńcowa balonowa *	punkt	4 487						x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
10.		5.51.01.0005029	E29	Angioplastyka wieńcowa balonowa (DEB) *	punkt	6 707						x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
11.		5.51.01.0005004	E04	Pomostowanie naczyń wieńcowych z plastyką *	punkt	42 114	23	38 744	39 867	40 991	346	x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
12.		5.51.01.0005008	E05G	Pomostowanie naczyń wieńcowych z pw > =2 *	punkt	34 619	23	31 849	32 772	33 696	346	x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
13.		5.51.01.0005009	E06G	Pomostowanie naczyń wieńcowych bez pw *	punkt	29 562	23	27 197	27 985	28 774	346	x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
14.		5.53.01.0005008		Plan kompleksowego leczenia po zawale serca	punkt	121						x		- obejmuje opracowanie indywidualnego planu leczenia pacjenta po zawale serca przez lekarza kardiologa z uwzględnieniem świadczeń wchodzących w zakres kompleksowej opieki oraz koordynację procesu leczenia - do rozliczenia jednorazowo w całym procesie kompleksowej opieki po zawale serca - produkt dedykowany do sumowania przy rozliczaniu właściwej JGP Plan może ulec zmianie w trakcie opieki kompleksowej. Każdorazową zmianę należy udokumentować.
15.	MONITOROWANIE	5.53.01.0005009		Wizyta koordynująca - kontrolna	punkt	121							x	- wizyta koordynująca (kontrolna) zrealizowana w okresie do 14 dni od wypisu pacjenta z oddziału, obejmuje badanie elektrokardiograficzne i badania laboratoryjne: morfologia krwi, stężenie potasu we krwi, stężenie kreatyniny we krwi, stężenie białka C-reaktywnego (CRP), wystawienie skierowania na badanie lipidogramu, które powinno być wykonane w okresie pomiędzy 6 a 10 tygodniem od zmiany leczenia hipolemizującego, a także edukację pacjenta przez personel pielęgniarski - do rozliczenia jednorazowo w całym procesie kompleksowej opieki po zawale serca

16.	REHABILITACJA	5.11.02.9100073	RKZ	Rehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego w warunkach stacjonarnych	punkt	361,77						x		- zgodnie z kryteriami kwalifikacji określonymi w rozporządzeniu rehabilitacyjnym - za każdy zrealizowany osobodzień - łączna liczba osobodni na rzecz jednego świadczeniobiorcy może obejmować: a) osobodzień w rehabilitacji w oddziale stacjonarnym dla pacjentów po zawale mięśnia sercowego (rozliczanie na warunkach określonych dla grupy RKZ, lub b) osobodzień w rehabilitacji w oddziale/ośrodku dziennym dla pacjentów po zawale mięśnia sercowego, lub c) osobodzień w telerehabilitacji dla pacjentów po zawale mięśnia sercowego
17.		5.11.02.9000063		Rehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego w ośrodku lub oddziale dziennym	punkt	80							x	
18.		5.11.02.9000064		Kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego w warunkach domowych	punkt	80								x
19.		5.53.01.0001649		Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.	punkt	15						x		- za osobodzień rehabilitacji w oddziale stacjonarnym, do rozliczenia niezbędne oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta małoletniego lub posiadającego orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, - bezwzględne przekazanie kodu uprawnienia w przypadku pacjenta posiadającego orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, - dedykowany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r. poz. 849).
20.	LECZENIE	5.51.01.0005031	E31	Wszczepienie/ wymiana rozrusznika jednojamowego *	punkt	8 053						x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
21.		5.51.01.0005032	E32	Wszczepienie/ wymiana rozrusznika dwujamowego *	punkt	9 836						x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
22.		5.51.01.0005033	E33	Wszczepienie/ wymiana układu z funkcją resynchronizującą serca (CRT) *	punkt	18 150						x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
23.		5.51.01.0005034	E34	Wszczepienie/ wymiana kardiowertera-defibrylatora jedno-/ dwujamowego *	punkt	21 940						x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
24.		5.51.01.0005102	E34G	Wszczepienie lub wymiana całkowicie podskórnego kardiowertera-defibrylatora (S-ICD)*	punkt	90 893	7				451	x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
25.		5.51.01.0005036	E36	Wszczepienie/ wymiana CRT-D > 17 r.ż.*	punkt	34 890						x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne

26.	MONITOROWANIE	5.52.01.0001507	Specjalistyczna opieka kardiologiczna	punkt	459							x	- obejmuje co najmniej 3 porady w okresie objęcia KOS-zawał - rozliczane ryczałtem po ich zrealizowaniu; (pierwsza konsultacja kardiologiczna powinna odbyć się nie później niż w 6 tygodniu od momentu wypisu pacjenta ze szpitala) kolejne porady specjalistyczne kardiologiczne zgodnie z indywidualnym planem leczenia: podczas ostatniej porady wykonanie niezbędnych badań laboratoryjnych, w tym lipidogramu; - monitorowanie leczenia hipolemizującego zgodnie z § 14a
27.		5.52.01.0001508	Specjalistyczna opieka kardiologiczna - bilans opieki	punkt	194							x	- porada specjalistyczna kończąca opiekę w ramach KOS-zawał zrealizowana nie wcześniej, niż 6 tygodni przed zakończeniem opieki KOS-zawał - obejmuje przeprowadzenie u pacjenta po zawale mięśnia sercowego bilansu opieki w ramach KOS-zawał (badania i ocena zgodnie z indywidualnym stanem pacjenta)
(*) oznaczenie grup o charakterze zabiegowym													

Warunki rozliczenia produktów rozliczeniowych

E Choroby serca

E04 Pomostowanie naczyń wieńcowych zastyka*

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

E05G Pomostowanie naczyń wieńcowych z pw > =2

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

E06G Pomostowanie naczyń wieńcowych bez pw

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

E10 OZW - diagnostyka inwazyjna*

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

E11 OZW - leczenie inwazyjne dwuetapowe > 3 dni*

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

E12G OZW - leczenie inwazyjne*

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

E15 OZW - leczenie inwazyjne > 7 dni z powikłaniami i chorobami współistniejącymi*

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

E16 OZW > 69 r.ż. lub z powikłaniami i chorobami współistniejącymi

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

E17G OZW - leczenie zachowawcze

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

E23G Angioplastyka wieńcowa z implantacją jednego stentu*

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

E24G Angioplastyka wieńcowa z implantacją nie mniej niż 2 stentów lub wielonaczyniowa*

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

E26 Angioplastyka wieńcowa balonowa*

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

E29 Angioplastyka wieńcowa balonowa (DEB)*

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

E31 Wszczepienie/ wymiana rozrusznika jednojamowego*

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

E32 Wszczepienie/ wymiana rozrusznika dwujamowego*

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

E33 Wszczepienie/ wymiana układu z funkcją resynchronizującą serca (CRT)*

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

E34 Wszczepienie/ wymiana kardiowertera-defibrylatora jedno-/ dwujamowego*

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

E34G Wszczepienie lub wymiana całkowicie podskórnego kardiowertera-defibrylatora (S-ICD)*

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

E36 Wszczepienie/ wymiana CRT-D > 17 r.ż.*

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

RKZ - Rehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego w warunkach stacjonarnych

wymagane wskazanie:

minimum 3 procedur ICD-9 dziennie z listy dodatkowej RKZa

minimum po 2 razy każdej procedury ICD-9 z listy dodatkowej RKZb

minimum 3 procedur ICD-9 z listy dodatkowej RKZc

minimum 3 procedur ICD-9 z listy dodatkowej RKZd

rozpoznanie zasadniczego z listy RKZ01

rozpoznanie współistniejącego z listy dodatkowej RKZ02

lub

minimum 3 procedur ICD-9 dziennie z listy dodatkowej RKZa

minimum po 2 razy każdej procedury ICD-9 z listy dodatkowej RKZb

minimum 3 procedur ICD-9 z listy dodatkowej RKZc

minimum 3 procedur ICD-9 z listy dodatkowej RKZd

rozpoznanie zasadniczego z listy RKZ01

rozpoznanie współistniejącego z listy dodatkowej RKZ03

EF ≤ 35% lub EF > 35% i klasa III wg skali NYHA

lub

minimum 3 procedur ICD-9 dziennie z listy dodatkowej RKZa

minimum po 2 razy każdej procedury ICD-9 z listy dodatkowej RKZb

minimum 3 procedur ICD-9 z listy dodatkowej RKZc

minimum 3 procedur ICD-9 z listy dodatkowej RKZd

rozpoznanie zasadniczego z listy RKZ01

3. stopnia wg skali Rankina (zgodnie z zał. nr 2 do rozporządzenia rehabilitacyjnego)

Rehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego w ośrodku lub oddziale dziennym

wymagane wskazanie:

minimum 3 procedur ICD-9 dziennie z listy dodatkowej RKZa

minimum po 2 razy każdej procedury ICD-9 z listy dodatkowej RKZb

minimum 3 procedur ICD-9 z listy dodatkowej RKZc

minimum 3 procedur ICD-9 z listy dodatkowej RKZd

rozpoznanie zasadniczego z listy RKZ01

**Rehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego
w warunkach domowych**

wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego z listy RKZ01 oraz procedury:

ICD-9

93.3604 Trening marszowy

93.3605 Trening marszowy z przyborami (kije do Nordic Walking)

93.3601 Trening interwałowy na bieżni lub cycloergometrze rowerowym

93.3602 Trening ciągły na bieżni lub cycloergometrze rowerowym

93.1909 Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne

Listy dodatkowe

RKZa ICD-9

93.1202 Ćwiczenia czynne wolne

93.1301 Ćwiczenia izometryczne

93.1303 Ćwiczenia czynne w odciążeniu z oporem

93.1304 Ćwiczenia izotoniczne

93.1305 Ćwiczenia izokinetyczne

93.1812 Czynne ćwiczenia oddechowe

93.1813 Ćwiczenia oddechowe czynne z oporem

93.1901 Ćwiczenia równoważne

93.1909 Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne

93.1910 Ćwiczenia ogólnousprawniające grupowe

93.3601 Trening interwałowy na bieżni lub cycloergometrze rowerowym

93.3602 Trening ciągły na bieżni lub cycloergometrze rowerowym

93.3603 Trening stacyjny

93.3604 Trening marszowy

93.3605 Trening marszowy z przyborami

RKZb

89.01 Profilaktyka i promocja zdrowia

89.08 Inna konsultacja

RKZc

94.08 Ocena stanu psychicznego

93.86 Terapia psychologiczna lub neurologopedyczna

94.335 Trening autogenny

94.336 Terapia behawioralno-relaksacyjna - inne formy

94.36 Psychoterapia w formie zabaw

94.37 Psychoterapia integrująca

RKZd

87.495 RTG śródpiersia

88.721 Echokardiografia

89.385 Ergospirometria

89.41 Badanie wysiłkowe serca na bieżni ruchomej

89.43 Badanie wysiłkowe serca na ergometrze rowerowym

89.442 Sześciominutowy test marszu

89.522 Elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami (z opisem)

89.541 Monitorowanie czynności serca przy pomocy urządzeń analogowych (typu Holter)

89.502 Monitorowanie czynności serca za pomocą urządzeń analogowych lub cyfrowych (typu Holter) - Holter EKG

RKZ01 ICD-10

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 podwiersiowy

I21.9 Ostry zawał serca, nieokreślony

I22.0 Powrotny zawał serca ściany przedniej

I22.1 Ponowny ostry zawał serca ściany dolnej
I22.9 Ponowny ostry zawał serca o nieokreślonym umiejscowieniu

RKZ02 ICD-10

C38 Nowotwór złośliwy serca, śródpiersia i opłucnej
C38.1 Śródpiersie przednie
C38.2 Śródpiersie tylne
C38.3 Śródpiersie, część nieokreślona
D15.1 Nowotwór niezłośliwy serca
E10.2 Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami nerkowymi)
E10.3 Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami ocznymi)
E10.4 Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami neurologicznymi)
E10.5 Cukrzyca insulinozależna (z powikłaniami w zakresie krążenia obwodowego)
E10.6 Cukrzyca insulinozależna (z innymi określonymi powikłaniami)
E10.7 Cukrzyca insulinozależna (z wieloma powikłaniami)
E10.8 Cukrzyca insulinozależna (z nieokreślonymi powikłaniami)
E10.9 Cukrzyca insulinozależna (bez powikłań)
I23.0 Krwiak osierdzia 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 ścięgniastych jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca
I23.5 Pęknięcie mięśnia brodawkowatego jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca
I23.6 Skrzepina w przedsionku, uszku przedsionka i komorze jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca
I23.9 Inne powikłania występujące w czasie ostrego zawału mięśnia sercowego
I24.0 Zakrzepica tętnicy wieńcowej bez zawału serca
I24.1 Zespół Dresslera
J44.0 Przewlekła obturacyjna choroba płuc z ostrym zakażeniem dolnych dróg oddechowych
J44.1 Przewlekła obturacyjna choroba płuc w okresie zaostrzenia, nieokreślona
J44.8 Inna określona przewlekła obturacyjna choroba płuc
J44.9 Przewlekła obturacyjna choroba płuc, nieokreślona
N18.0 Schyłkowa niewydolność nerek
R57.0 Wstrząs kardiogeny
Z94.1 Transplantacja serca
Z94.3 Transplantacja serca i płuc
Z95.1 Obecność pomostów naczyniowych aortalno-wieńcowych omijających typu bypass
Z95.2 Obecność protez zastawek serca
Z95.3 Obecność ksenogenicznej zastawki serca
Z95.4 Obecność innych protez zastawek serca
Z95.8 Obecność innych implantów i przeszczepów sercowo-naczyniowych
Z95.9 Obecność implantów i przeszczepów serca i naczyń krwionośnych, nieokreślonych

RKZ03 ICD-10

I50.0 Niewydolność serca zastoinowa
I50.1 Niewydolność serca lewokomorowa
I50.9 Niewydolność serca, nieokreślona

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 2/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne – świadczenia kompleksowe (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) i dotyczą wprowadzenia w dodawanym § 12a zarządzenia nr 2/2022/DSOZ obowiązku wdrożenia i stosowania standardu organizacyjnego żywienia w podmiocie leczniczym.

W konsekwencji powyższego 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 1k do zarządzenia zmienianego § 1 w brzmieniu dotychczasowym i analogicznej wartości punktowej tego świadczenia wprowadzonej niniejszym zarządzeniem.

Ponadto w załączniku nr 1k do zarządzenia nr 2/2022/DSOZ wprowadzono zmiany polegające na implementacji nowych taryf wynikających z obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 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 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 z dnia 11 grudnia 2025 r. 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 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2025 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.