

**ZARZĄDZENIE NR 23/2026/DSOZ
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 11 lutego 2026 r.

zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie

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

§ 1. W zarządzeniu nr 167/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (z późn. zm.¹⁾), wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 9 dodaje się ust. 13 w brzmieniu:

„13. Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji zobowiązany jest do stosowania standardu żywienia zbiorowego zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu 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 1 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszego zarządzenia.

§ 2. 1. W przypadku świadczeniodawców niespełniających standardu, o którym mowa 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 użyciem współczynnika korygującego.

2. Współczynnik korygujący, o którym mowa w ust. 1, ustala się jako iloraz wartości punktowej świadczenia opieki zdrowotnej, określonej w załączniku nr 1 do zarządzenia zmienianego § 1 w brzmieniu dotychczasowym i analogicznej wartości punktowej tego świadczenia wprowadzonej 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. Zasady o której mowa w zdaniu pierwszym nie stosuje się w przypadku złożenia oświadczenia w lutym 2026 r., które dotyczy spełnienia standardu organizacyjnego od stycznia 2026 r. W takim przypadku współczynnik korygujący nie ma zastosowania.

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

¹⁾ W brzmieniu wynikającym z obwieszczenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie. Zmienione zarządzeniem Nr 116/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 września 2022 r., zarządzeniem Nr 143/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 listopada 2022 r., zarządzeniem Nr 30/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 lutego 2023 r., zarządzeniem Nr 48/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 lutego 2023 r., zarządzeniem Nr 68/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 kwietnia 2023 r., zarządzeniem Nr 10/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 lutego 2025 r., Nr 68/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 lipca 2025 r. oraz zarządzeniem Nr 4/2026/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 stycznia 2026 r.

§ 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**

Jakub Szulc
wz. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
/dokument podpisany elektronicznie/

Załącznik do zarządzenia nr 23/2026/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 11 lutego 2026 r.

Katalog zakresów świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie

L p.	kod zakresu	nazwa zakresu	kod produktu	nazwa produktu	jednostka rozliczeniowa	Taryfa ustalona przez AOT MiT	Wartość punktowa produktu rozliczeniowego	warunki wykonania			uwagi
								świadczenie wykonywane w warunkach domowych	świadczenie wykonywane w trybie ambulatoryjnym	świadczenie wykonywane w trybie hospitalizacji	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	11.4132.00 1.02	dializoterapia otrzewnowa	5.10.00.0000 051	dializa otrzewnowa	punkt	19,4	228,36	x	x		za osobodzień, obejmuje pełne koszty i badania dodatkowe, w tym środki stymulujące erytropoezę
2	11.4132.00 2.12	hemodializoterapia	5.10.00.0000 091	hemodializa - świadczenie wykonywane w trybie ambulatoryjnym	punkt	34,82	409,93		x		
3			5.10.00.0000 153	Hemodiafiltracja (HDF)	punkt	418	418,00		x		
4	11.4132.00 3.12	hemodializoterapia - z zapewnieniem 24- godzinnego dyżuru	5.10.00.0000 092	hemodializa – świadczenie wykonywane w trybie ambulatoryjnym z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru oraz z dostępem do oddziału	punkt	38,58	454,20		x		

				nefrologii lub o profilu nefrologicznym							
5			5.10.00.0000 153	Hemodiafiltracja (HDF)	punkt		440,97		x		
6	11.9800.04 1.02	terapia hiperbaryczna	5.10.00.0000 151	Terapia hiperbaryczna (1 sprężenie u 1 pacjenta) – z zapewnieniem 24h dostępności	punkt	520	520,00		x	x	
7			5.10.00.0000 152	Terapia hiperbaryczna (1 sprężenie u 1 pacjenta) – bez zapewnienia 24h dostępności	punkt	360	360,00		x		
8	11.2150.04 2.02	tlenoterapia domowa	5.10.00.0000 006	tlenoterapia w warunkach domowych	punkt		11,49	x			za osobodzeń, w tym koszt środków technicznych;
9	11.0000.04 7.02	żywienie pozajelitowe w warunkach domowych	5.10.00.0000 007	żywienie pozajelitowe dorosłych w warunkach domowych	punkt		230,00	x			za osobodzeń,
10			5.10.00.0000 008	żywienie pozajelitowe dzieci w warunkach domowych	punkt		402,00	x			
11	11.0000.04 8.02	żywienie dojelitowe w warunkach domowych	5.10.00.0000 050	żywienie dojelitowe w warunkach domowych	punkt		92,00	x			
12	11.1210.05 2.12	badania zgodności tkankowej	5.10.00.0000 016	badanie antygenów zgodności tkankowej przy typowaniu dawców szpiku	świadczeni e		1		x		

				lub komórek krwiotwórczych albo żywych dawców wątroby lub nerki							
13	11.1210.05 3.02	badania genetyczne	5.10.00.0000 041	kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nowotworowych	punkt		532,51		x		
14			5.10.00.0000 043	kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nienowotworowych z uwzględnieniem cytogenetycznych badań molekularnych	punkt		1 065,02		x		
15			5.10.00.0000 047	diagnostyka cukrzycy monogenowej - badania genetyczne	punkt	2 154	2 154,00		x		
16			5.10.00.0000 0233	Badanie genetyczne metodą porównawczej hybrydyzacji genomowej do mikromacierzy (aCGH – Array Comparative Genomic Hybridization) z równoczesną hodowlą komórkową	punkt		1113,40		x		
17			5.10.00.0000	Badanie genetyczne	punkt		1 065,02		x		

			0234	metodą porównawczej hybrydyzacji genomowej do mikromacierzy (aCGH – Array Comparative Genomic Hybridization) z wykorzystaniem mikromacierzy o niskiej rozdzielczości (równej lub powyżej 60 tysięcy/ 60k sond)						
18			5.10.00.000 0235	Badanie genetyczne metodą porównawczej hybrydyzacji genomowej do mikromacierzy (aCGH – Array Comparative Genomic Hybridization) z wykorzystaniem mikromacierzy o wysokiej rozdzielczości (równej lub powyżej 180 tysięcy/ 180k sond)	punkt		1377,10		x	
19			5.10.00.000 0236	Analiza ekspresji jednego genu (w tym genu fuzyjnego) przy użyciu metody	punkt		392,70		x	do rozliczenia niezbędne jest sprawozdanie jednego z produktów

				Real-Time PCR – ilościowa reakcja łańcuchowa polimerazy w czasie rzeczywistym (qRT-PCR – Real-Time Quantitative Polymerase Chain Reaction)						z przedziału 5.10.00.0000238 - 5.10.00.0000257
20			5.10.00.000 0237	Analiza ekspresji dwóch i więcej genów (w tym genów fuzyjnych) przy użyciu metody Real-Time PCR – ilościowa reakcja łańcuchowa polimerazy w czasie rzeczywistym (qRT-PCR – Real-Time Quantitative Polymerase Chain Reaction)	punkt		830,70		x	do rozliczenia niezbędne jest sprawozdanie co najmniej dwóch produktów z przedziału 5.10.00.0000238 - 5.10.00.0000257
21			5.10.00.000 0238	Diagnostyka w kierunku rozpoznawania genów fuzyjnych BCR::ABL1 lub chromosomu Philadelphia (Ph)	Produkt statystyczn y		0		x	
22			5.10.00.000 0239	Diagnostyka w kierunku rozpoznawania genów fuzyjnych	Produkt statystyczn y		0		x	

			PML::RARA							
23			5.10.00.000 0240	Diagnostyka w kierunku rozpoznawania genów fuzyjnych RUNX1::RUNX1T1	Produkt statystyczny		0		x	
24			5.10.00.000 0241	Diagnostyka w kierunku rozpoznawania genów fuzyjnych CBFB::MYH11	Produkt statystyczny		0		x	
25			5.10.00.000 0242	Diagnostyka w kierunku rozpoznawania mutacji NPM1	Produkt statystyczny		0		x	
26			5.10.00.000 0243	Monitorowanie odpowiedzi na zastosowaną terapię oraz ocena chimeryzmu przeszczepowego u pacjentów poddanych transplantacji allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych	Produkt statystyczny		0		x	
27			5.10.00.000 0244	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje identyfikację rearanżacji genów do monitorowania PCR MRD ALL:	Produkt statystyczny		0		x	

				ALL MRD-PCR1							
28			5.10.00.000 0245	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje identyfikację rearanżacji genów do monitorowania PCR MRD ALL: ALL-MRD-PCR2	Produkt statystyczny		0		x		
29			5.10.00.000 0246	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą PCR w ALL: ALL-MRD-PCR1	Produkt statystyczny		0		x		
30			5.10.00.000 0247	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą PCR w ALL: ALL-MRD-PCR2	Produkt statystyczny		0		x		
31			5.10.00.000 0248	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje diagnostykę molekularną AML i oznaczenie	Produkt statystyczny		0		x		

				wyjściowego poziomu badanego transkryptu do monitorowania MRD - PML::RARA							
32			5.10.00.000 0249	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje diagnostykę molekularną AML i oznaczenie wyjściowego poziomu badanego transkryptu do monitorowania MRD - RUNX1::RUNX1T1	Produkt statystyczny		0		x		
33			5.10.00.000 0250	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje diagnostykę molekularną AML i oznaczenie wyjściowego poziomu badanego transkryptu do monitorowania MRD - CBFB::MYH11	Produkt statystyczny		0		x		

34			5.10.00.000 0251	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje diagnostykę molekularną AML i oznaczenie wyjściowego poziomu badanego transkryptu do monitorowania MRD - mutacja NPM1	Produkt statystyczny		0		x		
35			5.10.00.000 0252	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą qRT-PCR - geny fuzyjne w AML - PML::RARA	Produkt statystyczny		0		x		
36			5.10.00.000 0253	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą qRT-PCR - geny fuzyjne w AML - RUNX1::RUNX1T1	Produkt statystyczny		0		x		
37			5.10.00.000 0254	Monitorowanie minimalnej choroby	Produkt statystyczny		0		x		

				resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą qRT-PCR - geny fuzyjne w AML - BFB::MYH11							
38			5.10.00.000 0255	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą qRT-PCR w AML - mutacja NPM1	Produkt statystyczn y		0		x		
39			5.10.00.000 0256	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie wyjściowego poziomu badanego transkryptu BCR::ABL1 w CML	Produkt statystyczn y		0		x		
40			5.10.00.000 0257	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczanie MRD metodą	Produkt statystyczn y		0		x		

				qRT-PCR – transkrypt BCR::ABL1 w CML							
41	11.1210.16 0.02	badania genetyczne - świadczania diagnostyki genetycznej udzielane osobom do ukończenia 18 roku życia	5.10.00.0000 041	kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nowotworowych	punkt		532,51		x		
42			5.10.00.000 0043	kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nienowotworow ych z uwzględnieniem cytogenetycznyc h badań molekularnych	punkt		1 065,02		x		
43			5.10.00.000 0047	diagnostyka cukrzycy monogenowej - badania genetyczne	punkt	2 154	2 154,00		x		
44			5.10.00.000 0233	Badanie genetyczne metodą porównawczej hybrydyzacji genomowej do mikromacierzy (aCGH – Array Comparative Genomic Hybridization) z równoczesną hodowlą komórkową	punkt		1113,40		x		
45			5.10.00.000 0234	Badanie genetyczne	punkt		1 065,02		x		

				metodą porównawczej hybrydyzacji genomowej do mikromacierzy (aCGH – Array Comparative Genomic Hybridization) z wykorzystaniem mikromacierzy o niskiej rozdzielczości (równej lub powyżej 60 tysięcy/ 60k sond)						
46			5.10.00.000 0235	Badanie genetyczne metodą porównawczej hybrydyzacji genomowej do mikromacierzy (aCGH – Array Comparative Genomic Hybridization) z wykorzystaniem mikromacierzy o wysokiej rozdzielczości (równej lub powyżej 180 tysięcy/ 180k sond)	punkt		1377,10		x	
47			5.10.00.000 0236	Analiza ekspresji jednego genu (w tym genu fuzyjnego) przy użyciu metody	punkt		392,70		x	do rozliczenia niezbędne jest sprawozdanie jednego z produktów z

				Real-Time PCR – ilościowa reakcja łańcuchowa polimerazy w czasie rzeczywistym (qRT-PCR – Real-Time Quantitative Polymerase Chain Reaction)						przedziału 5.10.00.0000238 - 5.10.00.0000257
48			5.10.00.000 0237	Analiza ekspresji dwóch i więcej genów (w tym genów fuzyjnych) przy użyciu metody Real-Time PCR – ilościowa reakcja łańcuchowa polimerazy w czasie rzeczywistym (qRT-PCR – Real-Time Quantitative Polymerase Chain Reaction)	punkt		830,70		x	do rozliczenia niezbędne jest sprawozdanie co najmniej dwóch produktów z przedziału 5.10.00.0000238 - 5.10.00.0000257
49			5.10.00.000 0238	Diagnostyka w kierunku rozpoznawania genów fuzyjnych BCR::ABL1 lub chromosomu Philadelphia (Ph)	Produkt statystyczn y		0		x	
50			5.10.00.000 0239	Diagnostyka w kierunku rozpoznawania genów fuzyjnych	Produkt statystyczn y		0		x	

			PML::RARA							
51			5.10.00.000 0240	Diagnostyka w kierunku rozpoznawania genów fuzyjnych RUNX1::RUNX1T1	Produkt statystyczny		0		x	
52			5.10.00.000 0241	Diagnostyka w kierunku rozpoznawania genów fuzyjnych CBFB::MYH11	Produkt statystyczny		0		x	
53			5.10.00.000 0242	Diagnostyka w kierunku rozpoznawania mutacji NPM1	Produkt statystyczny		0		x	
54			5.10.00.000 0243	Monitorowanie odpowiedzi na zastosowaną terapię oraz ocena chimeryzmu przeszczepowego u pacjentów poddanych transplantacji allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych	Produkt statystyczny		0		x	
55			5.10.00.000 0244	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje identyfikację rearanżacji genów do monitorowania PCR MRD ALL:	Produkt statystyczny		0		x	

				ALL MRD-PCR1							
56			5.10.00.000 0245	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje identyfikację rearanżacji genów do monitorowania PCR MRD ALL: ALL-MRD-PCR2	Produkt statystyczny		0		x		
57			5.10.00.000 0246	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą PCR w ALL: ALL-MRD-PCR1	Produkt statystyczny		0		x		
58			5.10.00.000 0247	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą PCR w ALL: ALL-MRD-PCR2	Produkt statystyczny		0		x		
59			5.10.00.000 0248	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje diagnostykę molekularną AML i oznaczenie	Produkt statystyczny		0		x		

				wyjściowego poziomu badanego transkryptu do monitorowania MRD - PML::RARA							
60			5.10.00.000 0249	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje diagnostykę molekularną AML i oznaczenie wyjściowego poziomu badanego transkryptu do monitorowania MRD - RUNX1::RUNX1T1	Produkt statystyczny		0		x		
61			5.10.00.000 0250	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje diagnostykę molekularną AML i oznaczenie wyjściowego poziomu badanego transkryptu do monitorowania MRD - CBFB::MYH11	Produkt statystyczny		0		x		

62			5.10.00.000 0251	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje diagnostykę molekularną AML i oznaczenie wyjściowego poziomu badanego transkryptu do monitorowania MRD - mutacja NPM1	Produkt statystyczny		0		x		
63			5.10.00.000 0252	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą qRT-PCR - geny fuzyjne w AML - PML::RARA	Produkt statystyczny		0		x		
64			5.10.00.000 0253	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą qRT-PCR - geny fuzyjne w AML - RUNX1::RUNX1T1	Produkt statystyczny		0		x		
65			5.10.00.000 0254	Monitorowanie minimalnej choroby	Produkt statystyczny		0		x		

				resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą qRT-PCR - geny fuzyjne w AML - BFB::MYH11							
66			5.10.00.000 0255	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą qRT-PCR w AML - mutacja NPM1	Produkt statystyczn y		0		x		
67			5.10.00.000 0256	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie wyjściowego poziomu badanego transkryptu BCR::ABL1 w CML	Produkt statystyczn y		0		x		
68			5.10.00.000 0257	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczanie MRD metodą	Produkt statystyczn y		0		x		

				qRT-PCR – transkrypt BCR::ABL1 w CML						
69	11.0000.04 0.02	badania izotopowe	5.10.00.0000 021	scyntygrafia całego ciała z zastosowaniem znakowanych analogów somatostatyny	punkt		5 326,13		x	
70			5.10.00.0000 022	scyntygrafia nadnerczy/innyc h okolic ciała	punkt		2 366,94		x	
71			5.10.00.0000 023	scyntygrafia wentylacyjna płuc	punkt		1 775,72		x	
72			5.10.00.0000 024	scyntygrafia całego ciała z zastosowaniem cytrynianu galu	punkt		2 959,19		x	
73			5.10.00.0000 025	scyntygrafia z zastosowaniem znakowanych leukocytów	punkt		2 722,29		x	
74			5.10.00.0000 049	diagnostyka zaburzeń czynności układu pozapiramidowe go w przebiegu schorzeń zwyrodnieniowy ch ośrodkowego układu nerwowego za pomocą radiofarmaceuty ków	punkt	6 272	6 272,00		x	
75	11.0000.04 3.02	terapia izotopowa	5.10.00.0000 018	terapia izotopowa łagodnych	punkt		355,35		x	nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami

								specjalistycznymi
76		5.10.00.0000 019	schorzeń tarczycy - porada kwalifikacyjna terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy - podanie izotopu	punkt		355,35	x	
7 7		5.10.00.0000 020	terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy - porada kontrolna	punkt		82,40	x	nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi
78		5.10.00.0000 026	terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości - porada kwalifikacyjna	punkt		592,25	x	nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi
79		5.10.00.0000 027	terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości - podanie izotopu strontu	punkt		2 959,19	x	
80		5.10.00.0000 028	terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości - podanie izotopu samaru	punkt		4 733,88	x	
81		5.10.00.0000 029	terapia izotopowa bólów kostnych w	punkt		118,45	x	nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami

				przebiegu zmian przerzutowych do kości - porada kontrolna						specjalistycznymi
82			5.10.00.0000 065	synowiekтомie radioizotopowe - porada kwalifikacyjna	punkt		295,61		x	nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi
83			5.10.00.0000 030	synowiekтомie radioizotopowe	punkt		2 366,94		x	
8 4			5.10.00.0000 066	synowiekтомie radioizotopowe - porada kontrolna	punkt		94,76		x	nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi
85	11.0000.04 1.02	zaopatrzenie protetyczne	5.10.00.0000 036	zaopatrzenie w protezę twarzy	punkt		426,42		x	obejmuje koszt protezy
86			5.10.00.0000 037	zaopatrzenie w protezę nosa	punkt		4 852,33		x	obejmuje koszt protezy
8 7			5.10.00.0000 038	zaopatrzenie w protezę małżowiny uszej	punkt		4 852,33		x	obejmuje koszt protezy
88			5.10.00.0000 039	zaopatrzenie w ektoprotezę: gałki ocznej, wargi i nosa	punkt		5 798,90		x	obejmuje koszt protezy
89			5.10.00.0000 040	naprawa i renowacja protezy twarzy	punkt		532,51		x	obejmuje koszt protezy
90			5.10.00.0000 045	powiększenie indywidualnej protezy gałki ocznej	punkt		592,25		x	obejmuje koszt protezy
91			5.10.00.0000 048	zatyczka do protezy gałki ocznej	punkt		355,35		x	
92	11.7220.00 1.12	pozytonowa tomografia emisyjna (PET)	5.10.00.0000 103	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceuty	punkt	236,22	2 795,42		x	- za jedno badanie - grupa I obejmuje radiofarmaceutyki: 18F- FDG, 18F-NaF.

				ków z grupy I						
93			5.10.00.0000 104	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceuty ków z grupy II	punkt	349,96	4 141,63	x		- za jedno badanie - grupa II obejmuje inne radiofarmaceutyki: zarejestrowane w Polsce lub nie zarejestrowane w Polsce a sprowadzane w trybie importu docelowego lub produkowane na potrzeby własne przez laboratorium świadczeniodawcy zgodnie z prawem atomowym - nie obejmuje 18F-FDG, 18F-NaF
94			5.10.00.0000 258	pozytonowa tomografia emisyjna (PET-MRI) we wskazaniach onkologicznych u dzieci i młodzieży z zastosowaniem zarejestrowanyc h radiofarmaceuty ków z wyłączeniem 18F-FET (tyrozyna)	punkt		3 957	x		- za jedno badanie

95			5.10.00.0000 259	pozytonowa tomografia emisyjna (PET-MRI) we wskazaniach onkologicznych u dzieci i młodzieży z zastosowaniem radiofarmaceuty ku 18F-FET (tyrozyna)	punkt		13 413		x		- za jedno badanie
96	11.1021.04 6.02	leczenie cukrzycy z zastosowanie m pompy insulinowej u dzieci	5.10.00.0000 053	leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dzieci do 6 roku życia albo wymagających do 20 jednostek insuliny na dobę	punkt		7 469,00		x		
97			5.10.00.0000 054	leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dzieci od 6 do 18 roku życia	punkt		6 894,00		x		
98	11.1021.04 7.02	leczenie cukrzycy z zastosowanie m pompy insulinowej u dorosłych	5.10.00.0000 056	leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dorosłych w wieku 18-26 lat wymagających do 30 jednostek insuliny na dobę	punkt		7 469,00		x		

99			5.10.00.0000 057	leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dorosłych w wieku 18-26 lat	punkt		6 894,00		x	
1 0 0	10.0000.05 0.02	kompleksowe leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej	5.10.00.0000 058	kompleksowe operacyjne leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		13 578,48		x	obejmuje zabieg operacyjny korygujący deformację na przynajmniej dwóch poziomach w obrębie tkanek miękkich i/lub kostnych kończyny dolnej i miednicy- w czasie jednej sesji operacyjnej oraz rehabilitację w oddziale z dopasowaniem i założeniem ortez; nie można łączyć ze świadczeniami z innych rodzajów
10 1			5.10.00.0000 059	operacyjne leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		4 962,31		x	obejmuje zabieg operacyjny korygujący deformację na jednym poziomie w obrębie tkanek miękkich i/lub kostnych kończyny górnej lub dolnej oraz rehabilitacją w oddziale z dopasowaniem i założeniem ortez; nie można łączyć ze świadczeniami z innych rodzajów
10 2			5.10.00.0000 060	kompleksowe zachowawcze leczenie wrodzonej	punkt		4 307,46		x	obejmuje diagnostykę, rehabilitację w Oddziale Ortopedii, założenie i dopasowanie ortez; nie

				sztywności wielostawowej						można łączyć ze świadczeniami z innych rodzajów
1 0 3			5.10.00.0000 061	rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		185,08		x	osobodzień w oddziale rehabilitacji ogólnoustrojowej dzieci; nie można łączyć ze świadczeniami z innych rodzajów
1 0 4			5.10.00.0000 062	zaopatrzenie w przedmiot ortopedyczny w leczeniu wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		1		x	koszt wyrobu wykonanego na zamówienie, o którym mowa w ustawie z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. poz. 974) art. 2 pkt. 36; udokumentowany fakturą; możliwość rozliczenia ze świadczeniami w trybie hospitalizacji z niniejszego zakresu
1 0 5			5.10.00.0000 063	porada zabiegowa w leczeniu wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		270,89		x	korekcje manualne deformacji i założenie unieruchomienia gipsowego; usunięcie materiału zespalającego po leczeniu operacyjnym; nie można sumować ze świadczeniami nr: 5.10.00.0000058, 5.10.00.0000059, 5.10.00.0000060, 5.10.00.0000061, 5.10.00.0000062

10 6			5.10.00.0000 064	porada zachowawcza w leczeniu wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		74,16		x	diagnostyka RTG, pobranie miary/korekta ortez; nie można sumować ze świadczeniami nr:5.10.00.0000058, 5.10.00.0000059, 5.10.00.0000060, 5.10.00.0000061, 5.10.00.0000062
10 7			5.10.00.0000 157	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawno ści.	punkt	15	15,00		x	- za osobodzeń; - do rozliczania z produktami : 5.10.00.0000058, 5.10.00.0000059, 5.10.00.0000060, 5.10.00.0000061; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy

											z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz.1128).
10 8	11.0000.04 9.02	leczenie spastyczności opornej na leczenie farmakologicz ne z zastosowanie m pompy baklofenowej	5.10.00.0000 067	pompa baklofenowa	punkt		1			x	koszt zakupu kompletnego zestawu pompy baklofenowej - zgodny z wynikiem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego
10 9			5.10.00.0000 068	cewnik do pompy baklofenowej	punkt		1			x	- koszt cewnika wraz z osprzętem wg faktury zakupu; - rozliczenie wyłącznie w przypadku wymiany
11 0			5.10.00.0000 069	założenie / wymiana / usunięcie pompy baklofenowej	punkt		3 360,89			x	-wymiana nie wcześniej niż przed upływem okresu gwarancji; - nie obejmuje kosztu pompy baklofenowej i baklofenu
11 1			5.10.00.0000 070	wymiana cewnika z przestrzeni nadtwardówkow ej, podpajęczynówk owej lub podtwardówkow ej rdzenia	punkt		1 680,96			x	nie obejmuje kosztu cewnika do pompy baklofenowej i baklofenu
11 2			5.10.00.0000 071	hospitalizacja związana z uzupełnieniem pompy baklofenowej	punkt		532,51			x	nie obejmuje kosztu baklofenu
11 3			5.10.00.0000 072	test baklofenowy	punkt		644,84			x	obejmuje wszystkie koszty, w tym koszt

11			5.10.00.0000	baklofen	punkt		747,00			x	baklofenu za jedną ampułkę zawierającą 10 mg baklofenu
4			073								
11			5.10.00.0000	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawno ści.	punkt	15	15,00			x	- za osobodzień; - do rozliczania z produktami : 5.10.00.0000069, 5.10.00.0000070, 5.10.00.0000071, 5.10.00.0000072; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz.1128).
5			157								

1 1 6			5.10.00.0000 076	teleradioterapia hadronowa wiązką protonów	świadczeni e		1		x	x	- za cały proces leczenia, - dotyczy świadczenia gwarantowanego "Terapia protonowa nowotworów oka", określonego w zał. nr 4 do rozporządzenia szpitalnego
1 1 7	11.0000.05 0.12	Teleradioterap ia protonowa	5.10.00.0000 157	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawno ści.	punkt	15	15,00			x	- za osobodzień; - do rozliczania z produktem 5.10.00.0000076; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U.

											poz.1128).
11 8			5.10.00.0000 076	teleradioterapia hadronowa wiązką protonów	świadczeni e		1		x	x	- za cały proces leczenia; - dotyczy świadczenia gwarantowanego "Terapia protonowa nowotworów oka", określonego w zał. nr 4 do rozporządzenia szpitalnego
11 9	11.0000.95 0.12	Teleradioterapia protonowa - pakiet onkologiczny	5.10.00.0000 157	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawno ści.	punkt	15	15,00			x	- za osobodzień; - do rozliczania z produktem 5.10.00.0000076; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw

										Pacjenta (Dz. U. poz.1128).
120	11.0000.05 1.02	Domowa antybiotykoterapia dożylna	5.10.00.0000 074	podanie antybiotyku dożylnie lub we wlewie	punkt		35,02	x		dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; obejmuje także koszt: - sprzętu i środków opatrunkowych, - przygotowania pacjenta i opiekunów
121			5.10.00.0000 075	wizyta kontrolna po zakończeniu terapii	punkt		177,16		x	obejmuje także koszt: - zapewnienia kontaktu telefonicznego, - badań wymienionych w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20 część "Pozostałe wymagania" pkt 1 ppkt 7).
122			5.10.00.0000 220	Antybiotyk podawany dożylnie (z listy antybiotyków wymienionej w załączniku nr 18)	punkt		1	x		dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
123	11.9000.00 1.02	Kompleksowe leczenie ran przewlekłych (KLRP-1)	5.10.00.0000 077	KLRP-1 etap I	punkt		825,03		x	ryczałt (średnio 4 wizyty w ciągu 4 tygodni).
124			5.10.00.0000 078	KLRP-1 etap I z transportem	punkt		1 402,86		x	ryczałt (średnio 4 wizyty w ciągu 4 tygodni).
12			5.10.00.0000	KLRP-1 etap IIa	punkt		701,43		x	ryczałt (średnio 8 wizyt

5			079							w ciągu 12 tygodni)
12			5.10.00.0000 080	KLRP-1 etap IIa z transportem	punkt		1 193,77		x	ryczałt (średnio 8 wizyt w ciągu 12 tygodni)
6										
12			5.10.00.0000 081	KLRP-1 etap IIb kategoria I	punkt		9 710,70		x	leczenie w oddziale - dotyczy głównie operacyjnego leczenia odleżyn, owrzodzeń popromiennych i przewlekłych ran pourazowych . konieczne wykonanie co najmniej jednej z procedur ICD 9: 83.82, 86.71, 86.72, 86.73, 86.741, 86.742, 86.743, 86.744, 86.745, 86.746, 86.751, 86.79
7										
12			5.10.00.0000 082	KLRP-1 etap IIb kategoria II	punkt		5 597,39		x	leczenie w oddziale - dotyczy operacji owrzodzeń o etiologii naczyniowej, stóp cukrzycowych, owrzodzeń powstałych w przebiegu bakteryjnego zapalenia skóry i tkanki podskórnej, łączy się z leczeniem opatrunkami z miejscowym podciśnieniem konieczne wykonanie co najmniej jednej z procedur ICD 9: 77.87, 77.88, 77.891, 77.892, 80.97, 80.98, 84.119, 84.129, 84.31, 84.32, 84.33, 86.221, 86.222, 86.223, 86.601, 86.602, 86.603, 86.609, 86.65, 86.71, 86.72, 86.73, 86.741, 86.742, 86.743, 86.744, 86.745,
8										

										86.746, 86.751, 86.752, 86.79, 86.89
12 9			5.10.00.0000 083	KLRP-1 etap IIb kategoria III	punkt		6 996,61		x	leczenie w oddziale - dotyczy operacji owrzodzeń o etiologii żylnej z operacją układu żylnego przeprowadzoną w czasie tej samej hospitalizacji konieczne wykonanie co najmniej jednej z procedur ICD 9: 86.221, 86.222, 86.223, 86.601, 86.602, 86.603, 86.609, 86.65 oraz co najmniej dwóch z procedur ICD 9: 38.50, 38.591, 38.592, 38.593, 38.594, 38.595, 38.596, 38.691, 38.692, 38.693, 38.694, 38.695, 38.696
13 0			5.10.00.0000 084	KLRP-1 etap IIb kategoria IV	punkt		3 069,71		x	leczenie w oddziale - dotyczy operacji owrzodzeń o etiologii naczyniowej, stóp cukrzycowych, owrzodzeń powstałych w przebiegu bakteryjnego zapalenia skóry i tkanki podskórnej oraz leczenia opatrunkami z miejscowym podciśnieniem stosowane jako przygotowanie do zamknięcia rany, lub leczenie operacyjne w innym oddziale (finansowane na

									zasadach ogólnych – nie w ramach produktu). konieczne wykonanie co najmniej jednej z procedur ICD 9: 80.88, 86.04, 86.221, 86.222, 86.229, 86.609, 86.89
13 1		5.10.00.0000 085	KLRP-1 etap III	punkt		295,61		x	ryczałt (średnio 4 wizyty w ciągu 8 tygodni):
13 2		5.10.00.0000 086	KLRP-1 etap III z transportem	punkt		504,70		x	ryczałt (średnio 4 wizyty w ciągu 8 tygodni):
13 3		5.10.00.0000 087	KLRP-1 etap IV	punkt		307,97		x	ryczałt (wizyta kontrolna – po 3 miesiącach od zagojenia rany), obejmuje też: ewaluację wyników prowadzonej edukacji oraz ewaluację realizacji planu leczenia.
13 4		5.10.00.0000 088	KLRP-1 etap IV z transportem	punkt		529,42		x	ryczałt (wizyta kontrolna – po 3 miesiącach od zagojenia rany), obejmuje też: ewaluację wyników prowadzonej edukacji oraz ewaluację realizacji planu leczenia.
13 5		5.10.00.0000 089	KLRP-1 etap IV bez zagojenia rany	punkt		221,45		x	ryczałt (wizyta kontrolna – po 3 miesiącach od zagojenia rany), obejmuje też: ewaluację wyników prowadzonej edukacji oraz ewaluację realizacji planu leczenia. W przypadku braku zagojenia rany (konieczna dokumentacja fotograficzna, ocena planimetryczna i/lub ocena głębokości rany)

13 6			5.10.00.0000 090	KLRP-1 etap IV bez zagojenia rany, z transportem	punkt		381,10		x	ryczałt (wizyta kontrolna – po 3 miesiącach od zagojenia rany), obejmuje też: ewaluację wyników prowadzonej edukacji oraz ewaluację realizacji planu leczenia. W przypadku braku zagojenia rany (konieczna dokumentacja fotograficzna, ocena planimetryczna i/lub ocena głębokości rany)
13 7			5.10.00.0000 157	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawno ści.	punkt	15	15,00		x	- za osobodzeń; - do rozliczania z produktami: 5.10.00.0000081, 5.10.00.0000082, 5.10.00.0000083, 5.10.00.0000084; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej

										opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz.1128).	
13 8	11.1450.40 0.02	Koordynowan a opieka nad kobietą w ciąży - KOC I (KOC I)	5.10.00.0000 143	ryczałt KOC I - od I trymestru ciąży	punkt		6 309	x	x	x	obejmuje opiekę, zgodnie z opisem KOC I, rozpoczętą przed końcem 14 tygodnia ciąży
13 9			5.10.00.0000 144	ryczałt KOC I - od 15 tygodnia ciąży	punkt		5 798	x	x	x	obejmuje opiekę, zgodnie z opisem KOC I, rozpoczętą od 15 tygodnia ciąży
14 0			5.10.00.0000 145	ryczałt KOC I - od 33 tygodnia ciąży	punkt		5 336	x	x	x	obejmuje opiekę, zgodnie z opisem KOC I, rozpoczętą od 33 tygodnia ciąży
14 1			5.10.00.0000 146	ryczałt KOC I, w przypadku prowadzenia ciąży przez położną	punkt		4 918		x	x	rozliczany łącznie z produktem o kodzie: 5.10.00.0000147 "ryczałt KOC I - prowadzenie ciąży przez położną", w przypadku gdy ciążę prowadziła położna KOC I i poród odbył się u koordynatora
14 2			5.10.00.0000 147	ryczałt KOC I - prowadzenie ciąży przez położną	punkt		1 391	x	x		do łącznego rozliczania z produktem o kodzie: 5.10.00.0000146 "ryczałt KOC I, w przypadku prowadzenia ciąży przez położną". Obejmuje prowadzenie ciąży fizjologicznej przez położną KOC I zgodnie ze schematem wynikającym z

										rozporządzenia o opiece okołoporodowej
14 3			5.10.00.0000 114	(N22KOC) Noworodek wymagający intensywnej terapii	punkt		23 001		x	- produkt dedykowany dla II poziomu opieki neonatologicznej, - rozliczanie 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, - obejmuje opiekę nad noworodkiem wymagającym intensywnej terapii, - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobięcego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983.
14 4			5.10.00.0000 219	(N22AKOC) Noworodek wymagający intensywnego monitorowania i	punkt		11 298		x	- produkt dedykowany dla II poziomu opieki neonatologicznej, - rozliczanie na warunkach obowiązującej

				specjalistycznej opieki						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, - obejmuje opiekę nad noworodkiem wymagającym intensywnej terapii (m.in. noworodkiem ze skrajnie niską urodzeniową masą ciała, wrodzonymi wadami rozkrojowymi, wrodzonymi), - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobiecego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983
14 5			5.10.00.0000 115	(N23KOC) Noworodek wymagający rozszerzonej diagnostyki	punkt		27 738		x	- produkt dedykowany dla II poziomu opieki neonatologicznej, - rozliczanie 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, - obejmuje opiekę nad noworodkiem wymagającym intensywnej opieki, - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobięcego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983
14 6			5.10.00.0000 116	(N24KOC) Noworodek wymagający szczególnej opieki	punkt		5 456		x	- produkt dedykowany dla II poziomu opieki neonatologicznej, - rozliczanie 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, - produkt dedykowany

										<p>dzieciom urodzonym w innym ośrodku, - nie można sumować z ryczałtem KOC I, - możliwość rozliczania hospitalizacji dziecka w wieku powyżej 6 tygodnia życia urodzonego u koordynatora, - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobiecego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983.</p>
14 7			5.10.00.0000 117	(N25KOC) Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru	punkt		2 468		x	<p>- produkt dedykowany dla II poziomu opieki neonatologicznej, - rozliczanie 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, - produkt dedykowany dzieciom urodzonym w innym ośrodku, -</p>

										nie można sumować z ryczałtem KOC I, - możliwość rozliczania hospitalizacji dziecka w wieku powyżej 6 tygodnia życia urodzonego u koordynatora, - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobiecego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983.
14 8			5.10.00.0000 148	hospitalizacja przed przekazaniem do ośrodka o wyższym poziomie referencyjnym (KOC I)	punkt		682		x	rozliczanie wyłącznie w przypadku przeniesienia pacjentki do ośrodka wyższego poziomu referencyjnego, w sytuacji kiedy poród nie odbył się u koordynatora
14 9			5.10.00.0000 149	wizyta patronażowa położnej (KOC I)	punkt		28	x		rozliczanie wyłącznie w przypadku wizyt patronażowych położnej KOC I; nie więcej niż 6 wizyt w ciągu 2 miesięcy
15 0			5.10.00.0000 157	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym	punkt	15	15		x	- za osobodzień; - do rozliczania z produktami: 5.10.00.0000143, 5.10.00.0000144, 5.10.00.0000145, 5.10.00.0000146, 5.10.00.0000114,

				orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawno ści.						5.10.00.0000115, 5.10.00.0000116, 5.10.00.0000117, 5.10.00.0000148, 5.10.00.0000219; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz.1128).	
15 1	11.9000.00 2.02	Kompleksowe leczenie ran przewlekłych 2 (KLRP-2)	5.10.00.0000 158	KLRP-2 kwalifikacja	punkt		613,84		x		obejmuje wizytę pielęgniarską i lekarską , (w tym badania) zgodnie z opisem KLRP-2;
15 2			5.10.00.0000 159	KLRP-2 etap I A	punkt		761,14	x	x		- ryczałt obejmuje 5 wizyt: 4 pielęgniarskie

										oraz 1 wizytę kontrolną lekarską zgodnie z opisem KLRP-2; - w przypadku wizyt środowiskowych stosuje się mnożnik 1,1
15 3			5.10.00.0000 160	KLRP-2 etap I B	punkt		620,19	x	x	- ryczałt obejmuje 4 wizyty 3 pielęgniarskie oraz 1 wizytę kontrolną lekarską, zgodnie z opisem KLRP-2; - w przypadku wizyt środowiskowych stosuje się mnożnik 1,1
15 4			5.10.00.0000 161	KLRP-2 etap I C	punkt		761,14	x	x	- ryczałt obejmuje 5 wizyt: 4 pielęgniarskie oraz 1 wizytę kontrolną lekarską, zgodnie z opisem KLRP-2; - w przypadku wizyt środowiskowych stosuje się mnożnik 1,1
15 5			5.10.00.0000 162	KLRP-2 etap I D	punkt		850,00		x	zgodnie z opisem KLRP-2
15 6			5.10.00.0000 163	KLRP-2 etap II A	punkt		5 645,65		x	leczenie w oddziale szpitalnym - obejmuje chirurgiczne operacyjne oczyszczenie rany, miejscową terapię podciśnieniem, przeszczep allogeniczny skóry lub owodni, zgodnie z opisem KLRP-2; przewidywany czas pobytu do 7 dni
15 7			5.10.00.0000 164	KLRP-2 etap II B	punkt		8 724,01		x	leczenie w oddziale szpitalnym - obejmuje kompleksowe leczenie chirurgiczne (operacyjne oczyszczenie

									i przeszczep) zgodnie z opisem KLRP-2; przewidywany czas pobytu minimum 10 dni
15 8		5.10.00.0000 165	KLRP-2 etap III	punkt		90,00	x	x	- za 1 wizytę zgodnie z opisem KLRP-2 - można rozliczyć do 5 wizyt; - w przypadku wizyt środowiskowych stosuje się mnożnik 1,1
15 9		5.10.00.0000 166	koszt transportu					x	- koszt transportu sanitarnego rozliczany zgodnie z zasadami określonymi w zarządzeniu poz; - rozliczanie maksymalnie do 5 transportów
16		5.10.00.0000 167	KLRP-2 etap IV - wizyta ewaluacyjna typu A	punkt		3 000,00		x	- zamknięcie rany 100% potwierdzone zdjęciem i oceną planimetryczną;
16 1		5.10.00.0000 168	KLRP-2 etap IV - wizyta ewaluacyjna typu B	punkt		2 000,00		x	- zamknięcie rany powyżej 60 % powierzchni, potwierdzone zdjęciem i oceną planimetryczną; - nie można rozliczać łącznie z wizytą ewaluacyjną typu A
16 2		5.10.00.0000 157	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o	punkt		15,00		x	- za osobodzień; - do rozliczania z produktem: 5.10.00.0000163, 5.10.00.0000164; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela

				znacznym stopniu niepełnosprawności.						ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz.1128).
16 3	11.1100.01 1.02	Nadzór telemetryczny nad pacjentami z implantowanymi urządzeniami wszczepialnymi	5.10.00.0000 223	wydanie wyrobu medycznego do telemetrycznego nadzoru nad pacjentem z implantowanym urządzeniem wszczepialnym	punkt		2514,48			zgodnie z zasadami określonymi w lp. 35 załącznika nr 5 do rozporządzenia
16 4			5.10.00.0000 224	porada edukacyjna związana z włączeniem pacjenta do systemu nadzoru telemetrycznego	punkt		48,27			- za poradę obejmującą edukację pacjenta/rodziny/opiekuna umożliwiającą właściwe korzystanie z systemu nadzoru telemetrycznego;

										- zgodnie z opisem określonym w lp. 35 załącznika nr 5 do rozporządzenia; - do jednokrotnego rozliczenia łącznie z produktem 5.10.00.0000223.
16 5			5.10.00.0000 225	prorowadzenie telemetrycznego nadzoru nad pacjentem z implantowanym urządzeniem wszczepialnym przez 1 miesiąc	punkt		112,47			za 1 miesiąc nadzoru, prowadzonego w sposób określony w lp. 35 załącznika nr 5 do rozporządzenia

Warunki rozliczenia produktów rozliczeniowych

N Położnictwo i opieka nad noworodkami - KOC I

N22KOC Noworodek wymagający intensywnej terapii

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,

N22AKOC Noworodek wymagający intensywnego monitorowania i specjalistycznej opieki

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,

N23KOC Noworodek wymagający rozszerzonej diagnostyki

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,

N24KOC Noworodek wymagający szczególnej opieki

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,

N25KOC Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru

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,

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.).

Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie nr 167/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie wprowadza zmiany będące konsekwencją 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). Zmiany te dotyczą:

1) wprowadzenia w § 9 zarządzenia obowiązku wdrożenia i stosowania standardu organizacyjnego żywienia w podmiocie leczniczym;

2) modyfikacji załącznika nr 1 do zarządzenia poprzez implementację nowych wycen świadczeń związanych z publikacją 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, 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;

3) wprowadzenia przepisu epizodycznego -§ 2 zarządzenia dotyczącego 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 wycenę ustalono współczynnik korygujący, o którym mowa w ust. 1, jako iloraz wartości punktowej świadczenia opieki zdrowotnej, określonej w załączniku nr 1 do zarządzenia zmienianego § 1 w brzmieniu dotychczasowym i analogicznej wartości punktowej tego świadczenia wprowadzonej niniejszym zarządzeniem.

Skutek finansowy po stronie płatnika publicznego wynikający z implementacji standardu żywienia w podmiotach leczniczych wynosi 825,12 mln zł.

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) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach.

W ramach konsultacji swoje uwagi przedstawiło 4 interesariuszy. Część z nich przekazało informację o braku uwag do projektowanych zmian. Pozostałe zgłoszone uwagi nie zostały uwzględnione (nie dotyczyły one przedmiotu zmiany, bądź były sprzeczne z opracowaniem AOTMiT).

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

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.