

**ZARZĄDZENIE NR 30/2023/DSOZ
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 9 lutego 2023 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 2022 r. poz. 2561, 2674 i 2770) zarządza się, co następuje:

§ 1. W zarządzeniu Nr 167/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w § 5 w ust. 3 uchyla się pkt 3;
- 2) w § 6:
 - a) uchyla się pkt 21,
 - b) uchyla się pkt 22;
- 3) w § 9:
 - a) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. W przypadku niedopełnienia przez świadczeniodawcę obowiązku określonego w ust. 4, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną, o której mowa odpowiednio w § 6 ust. 4 **załączników nr 2-2b** lub **załącznika nr 2d** do zarządzenia, stanowiących wzory umów.”,
 - b) uchyla się ust. 12;
- 4) w § 11:
 - a) uchyla się ust. 11,
 - b) uchyla się ust. 12;
- 5) załącznik nr 1 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia;
- 6) załącznik nr 1a do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia;
- 7) załącznik nr 1b do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 3 do niniejszego zarządzenia;
- 8) uchyla się załącznik nr 2c do zarządzenia;
- 9) załącznik nr 3 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 4 do niniejszego zarządzenia.

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

§ 3. 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 § 2.

§ 4. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2023 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/

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr 30/2023/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 9 lutego 2023 r.

Katalog zakresów 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 nienowotworow ych z uwzględnieniem cytogenetycznyc h 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	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		
17			5.10.00.0000 022	scyntygrafia nadnerczy/inny ch okolic ciała	punkt		2 366,94		x		
18			5.10.00.0000 023	scyntygrafia wentylacyjna płuc	punkt		1 775,72		x		
19			5.10.00.0000 024	scyntygrafia całego ciała z	punkt		2 959,19		x		

				zastosowaniem cytrynianu galu						
20			5.10.00.0000 025	scyntygrafia z zastosowaniem znakowanych leukocytów	punkt		2 722,29		x	
21			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	
22	11.0000.04 3.02	terapia izotopowa	5.10.00.0000 018	terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy - porada kwalifikacyjna	punkt		355,35		x	nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi
23			5.10.00.0000 019	terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy - podanie izotopu	punkt		355,35		x	
24			5.10.00.0000 020	terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy - porada kontrolna	punkt		82,40		x	nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi
25			5.10.00.0000 026	terapia izotopowa bólów	punkt		592,25		x	nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi

				kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości - porada kwalifikacyjna						świadczeniami specjalistycznymi
26			5.10.00.0000 027	terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości - podanie izotopu strontu	punkt		2 959,19		x	
27			5.10.00.0000 028	terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości - podanie izotopu samaru	punkt		4 733,88		x	
28			5.10.00.0000 029	terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości - porada kontrolna	punkt		118,45		x	nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi
29			5.10.00.0000 065	synowiekтомie radioizotopowe - porada kwalifikacyjna	punkt		295,61		x	nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi
30			5.10.00.0000 030	synowiekтомie radioizotopowe	punkt		2 366,94		x	
31			5.10.00.0000 066	synowiekтомie radioizotopowe - porada kontrolna	punkt		94,76		x	nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi
32	11.0000.04 1.02	zaopatrzenie protetyczne	5.10.00.0000 036	zaopatrzenie w protezę twarzy	punkt		426,42		x	obejmuje koszt protezy

33			5.10.00.0000 037	zaopatrzenie w protezę nosa	punkt		4 852,33		x		obejmuje koszt protezy
34			5.10.00.0000 038	zaopatrzenie w protezę małżowiny usznej	punkt		4 852,33		x		obejmuje koszt protezy
35			5.10.00.0000 039	zaopatrzenie w ektoprotezę: gałki ocznej, wargi i nosa	punkt		5 798,90		x		obejmuje koszt protezy
36			5.10.00.0000 040	naprawa i renowacja protezy twarzy	punkt		532,51		x		obejmuje koszt protezy
37			5.10.00.0000 045	powiększenie indywidualnej protezy gałki ocznej	punkt		592,25		x		obejmuje koszt protezy
38			5.10.00.0000 048	zatyczka do protezy gałki ocznej	punkt		355,35		x		
39	11.7220.00 1.12	pozytonowa tomografia emisyjna (PET)	5.10.00.0000 103	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy I	punkt	236,22	2 795,42		x		- za jedno badanie - grupa I obejmuje radiofarmaceutyki: 18F-FDG, 18F-NaF.
40			5.10.00.0000 104	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy II	punkt	349,96	4 141,63		x		- za jedno badanie - grupa II obejmuje inne radiofarmaceutyki: 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
41	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		
42			5.10.00.0000 054	leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dzieci od 6 do 18 roku życia	punkt		6 894,00		x		
43	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		
44			5.10.00.0000 057	leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dorosłych	punkt		6 894,00		x		

				w wieku 18-26 lat						
45	10.0000.05 0.02	kompleksowe leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej	5.10.00.0000 058	kompleksowe operacyjne leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		13 539,35		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
46			5.10.00.0000 059	operacyjne leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		4 923,40		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
47			5.10.00.0000 060	kompleksowe zachowawcze leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		4 307,46		x	obejmuje diagnostykę, rehabilitację w Oddziale Ortopedii, założenie i dopasowanie ortez; nie można łączyć ze świadczeniami z innych rodzajów

48			5.10.00.0000 061	rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		177,10		x	osobodzeń w oddziale rehabilitacji ogólnoustrojowej dzieci; nie można łączyć ze świadczeniami z innych rodzajów
49			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 o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r. (Dz.U. Nr 107 poz. 679, z późn. zm.) art.2 ust. 1 pkt. 42 udokumento wany fakturą; możliwość rozliczenia ze świadczeniami w trybie hospitalizacja z niniejszego zakresu
50			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
51			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
52			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 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. z 2019 r. poz.1128).

53	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 o publicznego
54			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
55			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
56			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
57			5.10.00.0000 071	hospitalizacja związana z uzupełnieniem pompy baklofenowej	punkt		532,51			x	nie obejmuje kosztu baklofenu
58			5.10.00.0000 072	test baklofenowy	punkt		632,00			x	obejmuje wszystkie koszty, w tym koszt baklofenu
59			5.10.00.0000 073	baklofen	punkt		747,00			x	za jedną ampulkę zawierającą 10 mg baklofenu

60			5.10.00.0000 157	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.	punkt	15	15,00		x	<ul style="list-style-type: none"> - za osobodzeń; - 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. z 2019 r. poz.1128).
61	11.0000.05 0.12	Teleradioterapia protonowa	5.10.00.0000 076	teleradioterapia hadronowa wiązką protonów	świadczenie		1		x	x <ul style="list-style-type: none"> - za cały proces leczenia, - dotyczy świadczenia gwarantowanego "Terapia protonowa nowotworów oka", określonego w zał. nr 4 do rozporządzenia

											szpitalnego
62			5.10.00.0000 157	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.	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. z 2019 r. poz.1128).
63	11.0000.95 0.12	Teleradioterapia protonowa - pakiet onkologiczny	5.10.00.0000 076	teleradioterapia hadronowa wiązką protonów	świadczenie		1		x	x	- za cały proces leczenia; - dotyczy świadczenia gwarantowanego "Terapia protonowa nowotworów oka", określonego w zał.

										nr 4 do rozporządzenia szpitalnego
64			5.10.00.0000 157	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.	punkt	15	15,00		x	<ul style="list-style-type: none"> - za osobodzeń; - 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. z 2019 r. poz.1128).
65	11.0000.05 1.02	Domowa antybiotykoterapia dożylna	5.10.00.0000 074	podanie antybiotyku dożylnie lub we wlewie	punkt		35,02	x		<p>dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20;</p> <p>obejmuje także koszt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sprzętu i środków

									opatrunkowych, - przygotowania pacjenta i opiekunów
66			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" punkt 1 ppkt 7).
67			5.10.01.0000 001	Amikacin (roztwór do wstrzykiwań i infuzji) 0,25 g	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
68			5.10.01.0000 002	Amikacin (roztwór do wstrzykiwań i infuzji) 0,5 g	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

69			5.10.01.0000 003	Amikacin (roztwór do wstrzykiwań i infuzji) 1,0 g	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
70			5.10.02.0000 001	Amoxicillin + clavulanic acid (proszek do spor. roztworu do wstrzykiwań i.v. i wlewu i.v) acid 0,5 g + 0,1 g	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
71			5.10.02.0000 002	Amoxicillin + clavulanic acid (proszek do spor. roztworu do wstrzykiwań i.v. i wlewu i.v) acid 1 g + 0,2 g	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

72			5.10.02.0000 003	Amoxicillin + clavulanic acid (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v. i wlewu i.v) acid 2 g + 0,2 g	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
73			5.10.03.0000 001	Cefepime (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,5 g	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
74			5.10.03.0000 002	Cefepime (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 1 g	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

75			5.10.03.0000 003	Cefepime (proszek do spor. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 2 g	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
76			5.10.04.0000 001	Cefoperazone + sulbactam (proszek do spor. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,5 g + 0,5 g	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
77			5.10.04.0000 002	Cefoperazone + sulbactam (proszek do spor. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 1 g + 1 g	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

78			5.10.05.0000 001	Cefotaxime (proszek do spor. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,5 g	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
79			5.10.05.0000 002	Cefotaxime (proszek do spor. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 1g	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
80			5.10.05.0000 003	Cefotaxime (proszek do spor. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 2 g	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

81			5.10.06.0000 001	Ceftazidime (proszek do spor. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,25 g	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
82			5.10.06.0000 002	Ceftazidime (proszek do spor. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,5 g	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
83			5.10.06.0000 003	Ceftazidime (proszek do spor. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 1 g	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

84			5.10.06.0000 004	Ceftazidime (proszek do spor. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 2 g	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
85			5.10.07.0000 001	Ceftriaxone (proszek do spor. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,25 g	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
86			5.10.07.0000 002	Ceftriaxone (proszek do spor. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 1,0 g	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

87			5.10.07.0000 003	Ceftriaxone (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 2,0 g	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
88			5.10.08.0000 001	Ciprofloxacin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 0,1g/50ml	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
89			5.10.08.0000 002	Ciprofloxacin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 0,2g/100ml	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

90			5.10.08.0000 003	Ciprofloxacin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 0,4g/200ml	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
91			5.10.08.0000 004	Ciprofloxacin (koncentrat do sporządzania roztworu Infuzyjnego) 100mg/10ml	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
92			5.10.08.0000 005	Ciprofloxacin (koncentrat do sporządzania roztworu Infuzyjnego) 200mg/20ml	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

93			5.10.09.0000 001	Clindamycin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 0,3g/2ml	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
94			5.10.09.0000 002	Clindamycin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 0,6g/4ml	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
95			5.10.09.0000 003	Clindamycin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 0,9g/6ml	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

96			5.10.10.0000 001	Cloxacillin (proszek do spor. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,5 g	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
97			5.10.10.0000 002	Cloxacillin (proszek do spor. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 1,0 g	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
98			5.10.11.0000 001	Colistin (proszek do spor. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,5 mln j.m.	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

99			5.10.11.0000 002	Colistin (proszek do spor. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 1 mln j.m.	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
10 0			5.10.11.0000 003	Colistin (proszek do spor. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 1,5 mln j.m.	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
10 1			5.10.11.0000 004	Colistin (proszek do spor. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 2 mln j.m.	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

10 2			5.10.12.0000 001	Gentamicin (roztwór do wstrzykiwań i.v. oraz wlewu kroplowego) 40mg/1ml	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
10 3			5.10.12.0000 002	Gentamicin (roztwór do wstrzykiwań i.v. oraz wlewu kroplowego) 80mg/2ml	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
10 4			5.10.13.0000 001	Imipenem (proszek do sporz. roztworu do wlewu i.v.) 0,5 g	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

10 5			5.10.14.0000 001	Linezolid (roztwór do infuzji) 0,6g/300ml	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
10 6			5.10.15.0000 001	Meropenem (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,5 g	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
10 7			5.10.15.0000 002	Meropenem (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 1,0 g	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

10 8			5.10.16.0000 001	Netilmicin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 50mg / 2ml	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
10 9			5.10.16.0000 002	Netilmicin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 200mg / 2ml	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
11 0			5.10.17.0000 001	Piperacillin (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 1,0 g	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

11 1			5.10.17.0000 002	Piperacillin (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 2,0 g	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
11 2			5.10.17.0000 003	Piperacillin + tazobactam (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 2,0 g + 0,25 g	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
11 3			5.10.17.0000 004	Piperacillin + tazobactam (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 4,0 g + 0,5 g	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

11 4			5.10.18.0000 001	Quinupristin + dalfopristin (proszek do spor. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,35 g +0,15 g	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
11 5			5.10.19.0000 001	Teicoplanin (proszek do spor. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,1 g	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
11 6			5.10.19.0000 002	Teicoplanin (proszek do spor. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,2 g	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

11 7			5.10.19.0000 003	Teicoplanin (proszek do spor. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,4 g	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
11 8			5.10.20.0000 001	Ticarcillin + clavulanic acid (proszek do spor. roztworu do wstrzykiwań i.v. i wlewu i.v.) 1,5 g + 0,1 g	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
11 9			5.10.20.0000 002	Ticarcillin + clavulanic acid (proszek do spor. roztworu do wstrzykiwań i.v. i wlewu i.v.) 3,0 g + 0,2 g	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

12 0			5.10.21.0000 001	Tobramycin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 20 mg / 2 ml	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
12 1			5.10.21.0000 002	Tobramycin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 40 mg / 2 ml	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
12 2			5.10.21.0000 003	Tobramycin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 80 mg / 2 ml	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

12 3			5.10.22.0000 001	Vancomycin (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,5 g	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
12 4			5.10.22.0000 002	Vancomycin (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 1 g	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
12 5			5.10.00.0000 105	Tobramycin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 3 mg / 1 ml	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

12 6			5.10.00.0000 106	Tobramycin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 1 mg / 1 ml	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
12 7	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).
12 8			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 9			5.10.00.0000 079	KLRP-1 etap IIa	punkt		701,43		x	ryczałt (średnio 8 wizyt w ciągu 12 tygodni)
13 0			5.10.00.0000 080	KLRP-1 etap IIa z transportem	punkt		1 193,77		x	ryczałt (średnio 8 wizyt w ciągu 12 tygodni)
13 1			5.10.00.0000 081	KLRP-1 etap IIb kategoria I	punkt		9 625,35		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

13 2			5.10.00.0000 082	KLRP-1 etap IIb kategoria II	punkt		5 501,23		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, 86.746, 86.751, 86.752, 86.79, 86.89
13 3			5.10.00.0000 083	KLRP-1 etap IIb kategoria III	punkt		6 954,56		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 4			5.10.00.0000 084	KLRP-1 etap IIb kategoria IV	punkt		2 941,68		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 5			5.10.00.0000 085	KLRP-1 etap III	punkt		295,61		x	ryczałt (średnio 4 wizyty w ciągu 8 tygodni):
13 6			5.10.00.0000 086	KLRP-1 etap III z transportem	punkt		504,70		x	ryczałt (średnio 4 wizyty w ciągu 8 tygodni):
13 7			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 przebiegu edukacji oraz ewaluację realizacji planu

										leczenia.
13 8			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 9			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)
14 0			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)

14 1			5.10.00.0000 157	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.	punkt	15	15,00			x	<ul style="list-style-type: none"> - 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. z 2019 r. poz.1128).
14 2 a	11.1450.40 0.02	Koordinowana opieka nad kobietą w ciąży - KOC I	5.10.00.0000 143	ryczałt KOC I - od I trymestru ciąży	punkt		6 269	x	x	x	obejmuje opiekę, zgodnie z opisem KOC I, rozpoczętą przed końcem 14 tygodnia ciąży

14 2 b		(KOC I)	5.10.00.0000 144	ryczałt KOC I - od 15 tygodnia ciąży	punkt		5 758	x	x	x	obejmuje opiekę, zgodnie z opisem KOC I, rozpoczętą od 15 tygodnia ciąży
14 2 c			5.10.00.0000 145	ryczałt KOC I - od 33 tygodnia ciąży	punkt		5 296	x	x	x	obejmuje opiekę, zgodnie z opisem KOC I, rozpoczętą od 33 tygodnia ciąży
14 2 d			5.10.00.0000 146	ryczałt KOC I, w przypadku prowadzenia ciąży przez położną	punkt		4 878		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 e			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 2 f			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

										<p>w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspecjalistyczne, - 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.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

14 2 g			5.10.00.0000 219	(N22AKOC) Noworodek wymagający intensywnego monitorowania i specjalistycznej opieki	punkt		11 298		x	<ul style="list-style-type: none"> - 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 leczenia szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, - obejmuje opiekę nad noworodkiem wymagającym intensywnej terapii (m.in. noworodkiem ze skrajnie niską urodzeniową masą ciała, wrodzonymi wadami rozwojowymi, wodogłowie), - 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 2 h			5.10.00.0000 115	(N23KOC) Noworodek wymagający rozszerzonej diagnostyki	punkt	27 738			x	<ul style="list-style-type: none"> - 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 leczenia szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspecjalistyczne, - 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 2 i			5.10.00.0000 116	(N24KOC) Noworodek wymagający szczególnej opieki	punkt	5 456			x	<ul style="list-style-type: none"> - 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 wyspecjalistyczne, - produkt dedykowany 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 Kobięcego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983.
-----------	--	--	---------------------	--	-------	-------	--	--	---	--

14 2 j			5.10.00.0000 117	(N25KOC) Noworodek wymagający wzmoczonego nadzoru	punkt	2 468				x	<ul style="list-style-type: none"> - 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 wyspecjalistyczne, - produkt dedykowany 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 Kobięcego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983.
-----------	--	--	---------------------	---	-------	-------	--	--	--	---	--

14 2 k			5.10.00.0000 148	hospitalizacja przed przekazaniem do ośrodka o wyższym poziomie referencyjnym (KOC I)	punkt		668		x	rozliczanie wyłącznie w przypadku przeniesienia pacjentki do ośrodka wyższego poziomu referencyjnego, w sytuacji kiedy poród nie odbył się u koordynatora
14 2 l			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
14 2 m			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		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, 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. z 2019 r. poz.1128).
14 3	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 pielęgniarzką i lekarską , (w tym badania) zgodnie z opisem KLRP-2;
14 4			5.10.00.0000 159	KLRP-2 etap I A	punkt		761,14	x	x	- ryczałt obejmuje 5 wizyt: 4 pielęgniarzkie oraz 1 wizytę kontrolną lekarską zgodnie z opisem KLRP-2; - w przypadku wizyt środowiskowych stosuje się mnożnik 1,1

14 5			5.10.00.0000 160	KLRP-2 etap I B	punkt		620,19	x	x	- ryczałt obejmuje 4 wizyty 3 pielęgniarские oraz 1 wizytę kontrolną lekarską, zgodnie z opisem KLRP-2; - w przypadku wizyt środowiskowych stosuje się mnożnik 1,1
14 6			5.10.00.0000 161	KLRP-2 etap I C	punkt		761,14	x	x	- ryczałt obejmuje 5 wizyt: 4 pielęgniarские oraz 1 wizytę kontrolną lekarską, zgodnie z opisem KLRP-2; - w przypadku wizyt środowiskowych stosuje się mnożnik 1,1
14 7			5.10.00.0000 162	KLRP-2 etap I D	punkt		850,00		x	zgodnie z opisem KLRP- 2
14 8			5.10.00.0000 163	KLRP-2 etap II A	punkt		5 600,00		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
14 9			5.10.00.0000 164	KLRP-2 etap II B	punkt		8 600,00		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 0			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 1			5.10.00.0000 166	koszt transportu					x	- koszt transportu sanitarnego rozliczany zgodnie z zasadami określonymi w zarządzeniu poz; - rozliczanie maksymalnie do 5 transportów
15 2			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;
15 3			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
15 4			5.10.00.0000 157	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.	punkt		15,00		x	- za osobodzień; - do rozliczania z produktem: - 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. z 2019 r. poz.1128).
Warunki rozliczenia produktów rozliczeniowych										
N Położnictwo i opieka nad noworodkami - KOC I										
N22KOC Noworodek wymagający intensywnej terapii										
<i>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,</i>										
N22AKOC Noworodek wymagający intensywnego monitorowania i specjalistycznej opieki										
<i>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,</i>										
N23KOC Noworodek wymagający rozszerzonej diagnostyki										
<i>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,</i>										
N24KOC Noworodek wymagający szczególnej opieki										
<i>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,</i>										
N25KOC Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru										
<i>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,</i>										

Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 30/2023/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 9 lutego 2023 r.

Katalog produktów dodatkowych do sumowania w KOC I

Lp.	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość punktowa produktu rozliczeniowego w KOC I	Uwagi	produkt dedykowany do sumowania z produktami rozliczeniowymi
1	2	3	4	5	6
1	5.10.99.0000127	Żywienie dojelitowe	108	- za każdy dzień żywienia, - w przypadku żywienia niemowląt - produkt dotyczy niemowląt między 4 a 26 tygodniem życia - zgodnie z zasadami określonymi w „Standardach żywienia pozajelitowego” Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego i Metabolizmu lub, w przypadku dzieci, zgodnie z zasadami określonymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego Dzieci	z produktami wymienionymi w załączniku nr 1
2	5.10.99.0000154	Żywienie dojelitowe mlekiem z banku mleka kobiecego lub odciągniętym mlekiem matki	184,95	za każdy dzień żywienia dojelitowego wcześniaków do ukończenia 4 tygodnia życia wieku korygowanego oraz chorych noworodków, które nie mogą być karmione piersią, do 4 tygodnia życia	
3	5.10.99.0000155	Żywienie dojelitowe mlekiem modyfikowanym	44,35	za każdy dzień żywienia dojelitowego wcześniaków do ukończenia 4 tygodnia życia wieku korygowanego oraz chorych noworodków, które nie mogą być karmione piersią, do 4 tygodnia życia	
4	5.10.99.0000128	Częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe	108	za każdy dzień żywienia	
5	5.10.99.0000129	Żywienie pozajelitowe immunomodulujące	323	za każdy dzień żywienia	
6	5.10.99.0000130	Kompletne żywienie pozajelitowe	215	za każdy dzień żywienia	

7	5.10.99.0000144	Przedłużona hospitalizacja matki karmiącej piersią z powodu stanu zdrowia dziecka - od 5 doby od porodu	108	za osobodzień	
8	5.10.99.0000145	Leczenie przetoczeniami immunoglobulin	191	- za każdy 1 gram immunoglobulin; - dotyczy dorosłych z wyłączeniem dorosłych leczonych immunoglobulinami w ramach programów lekowych (zgodnie z kodami ICD-10 ujętymi w nazwie programu lekowego): Leczenie pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych, Leczenie przetoczeniami immunoglobulin w chorobach neurologicznych - nie dotyczy podania immunoglobuliny w stanach nagłych lub w stanach zagrożenia życia w schorzeniach neurologicznych osobom leczonym w ramach programów lekowych poza ośrodkiem realizującym program	z odpowiednim ryczałtem KOC I wymienionym w załączniku nr 1
9	5.10.99.0000146	Produkt leczniczy nie zawarty w kosztach świadczenia	1	1) konieczność udokumentowania zakupu fakturą/rachunkiem; 2) produkt dotyczy: a) czynnika VIIa (Novoseven), b) substancji czynnej atozyban w leczeniu, przedwczesnej czynności skurczowej macicy, c) immunoglobuliny w profilaktyce poekspozycyjnej zakażenia wirusem Varicella Zoster (VZV) u ciężarnych i/lub osób pozostających w immunosupresji, d) surfaktantu w leczeniu noworodków z zespołem zaburzeń oddychania (ZZO), e) tlenu azotu w leczeniu nadciśnienia płucnego u noworodków - można sumować wyłącznie z grupą N22KOC.	z produktami wymienionymi w załączniku nr 1
10	5.10.99.0000147	Intensywna hemodializa	323	za każdy zabieg	z produktami wymienionymi w załączniku nr 1
11	5.10.99.0000149	Wytworzenie stałego dostępu naczyniowego z użyciem cewnika typu Broviac, Hickman lub Groshong	1 135	obejmuje koszt wyrobu medycznego (cewnika)	z produktami dedykowanymi neonatologii wymienionymi w załączniku nr 1
12	5.10.99.0000150	Ciągłe leczenie nerkozastępcze	2 593	za 24 - godzinny okres ciągłego leczenia	z produktami dedykowanymi neonatologii

					wymienionymi w załączniku nr 1
13	5.10.99.0000152	Znieczulenie ogólne lub dożylnie u dziecka	275	do rozliczenia wyłącznie w przypadku wykonania badania diagnostycznego lub zabiegu diagnostycznego	z odpowiednim ryczałtem KOC I wymienionym w zał. 1 z produktami dedykowanymi neonatalogii wymienionymi w załączniku nr 1
14	5.10.00.0000150	Podanie immunoglobuliny anty RhD pacjentce RhD-ujemnej	1	<ul style="list-style-type: none"> - konieczność udokumentowania zakupu fakturą/rachunkiem (w przypadku wykorzystania produktu leczniczego dystrybuowanego przez RCKiK nie podlega rozliczeniu), - koszt immunoglobuliny anty-RhD, w wysokości nieprzekraczającej urzędowej ceny zbytu, określonej w obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, dla których ustalono urzędową cenę zbytu, z uwzględnieniem art. 9 w zw. z art. 7 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. 2022 r. poz. 2555, z późn. zm.), - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9 99.111 	z odpowiednim ryczałtem KOC I wymienionym w załączniku nr 1
15	5.10.99.0000156	Przetoczenie krwi pełnej konserwowanej.	289*	za każdą jednostkę przetoczoną pacjentowi	z produktami wymienionymi w załączniku nr 1
16	5.10.99.0000157	Przetoczenie koncentratu krwinek czerwonych z krwi pełnej.	195*	za każdą jednostkę przetoczoną pacjentowi	
17	5.10.99.0000158	Przetoczenie koncentratu krwinek czerwonych z aferezy.	276*	za każdą jednostkę przetoczoną pacjentowi	
18	5.10.99.0000173	Przetoczenie ubogoleukocytarnego koncentratu krwinek płytkowych z krwi pełnej.	587*	<ul style="list-style-type: none"> - za każdą dawkę terapeutyczną przetoczoną pacjentowi - do opłaty za dawkę terapeutyczną nie dolicza się opłaty dodatkowej za czynność połączenia pojedynczych jednostek uzyskanych z krwi pełnej 	

19	5.10.99.0000160	Przetoczenie ubogoleukocytarnego koncentratu krwinek płytkowych z aferezy.	1051*	za każdą dawkę terapeutyczną przetoczoną pacjentowi	
20	5.10.99.0000161	Przetoczenie koncentratu granulocytarnego.	1319*	za każdą jednostkę przetoczoną pacjentowi	
21	5.10.99.0000162	Przetoczenie osocza świeżo mrożonego.	105*	za każdą jednostkę przetoczoną pacjentowi	
22	5.10.99.0000163	Przetoczenie krioprecypitatu.	205*	za każdą jednostkę przetoczoną pacjentowi	
23	5.10.99.0000164	Karencja składnika krwi.	26*	- za każdą jednostkę - zgodnie z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1749, z późn. zm.), w związku z § 11 tego rozporządzenia	z produktami wymienionymi w załączniku nr 1 do rozliczania z produktami 5.10.99.0000162, 5.10.99.0000163
24	5.10.99.0000165	Redukcja biologicznych czynników chorobotwórczych osocza świeżo mrożonego.	129*	- za każdą jednostkę - zgodnie z § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1749, z późn. zm.), w związku z § 11 tego rozporządzenia	
25	5.10.99.0000166	Redukcja biologicznych czynników chorobotwórczych.	532*	- za każdą dawkę terapeutyczną / jednostkę - zgodnie z § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1749, z późn. zm.), w związku z § 11 tego rozporządzenia	z produktami wymienionymi w załączniku nr 1 do rozliczania z produktami, 5.10.99.0000173, 5.10.99.0000160,
26	5.10.99.0000167	Napromieniowanie krwi lub jej składników.	27*	- za każdą dawkę terapeutyczną / dawkę pediatryczną / jednostkę - zgodnie z § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1749, z późn. zm.), w związku z § 11 tego rozporządzenia	z produktami wymienionymi w załączniku nr 1 do rozliczania z produktami 5.10.99.0000156, 5.10.99.0000157 5.10.99.0000158, 5.10.99.0000173, 5.10.99.0000160, 5.10.99.0000161

27	5.10.99.0000168	Filtrowanie jednostki krwi lub jej składników.	81*	<ul style="list-style-type: none"> - za każdą jednostkę - zgodnie z § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1749, z późn. zm.), w związku z § 11 tego rozporządzenia 	z produktami wymienionymi w załączniku nr 1 do rozliczania z produktami 5.10.99.0000156, 5.10.99.0000157, 5.10.99.0000158,
28	5.10.99.0000170	Przemywanie krwi lub jej składników.	101*	<ul style="list-style-type: none"> - za każdą dawkę terapeutyczną / dawkę pediatryczną / jednostkę - zgodnie z § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1749, z późn. zm.), w związku z § 11 tego rozporządzenia 	z produktami wymienionymi w załączniku nr 1 do rozliczania z produktami 5.10.99.0000157, 5.10.99.0000158, 5.10.99.0000173, 5.10.99.0000160
29	5.10.99.0000171	Podział krwi lub jej składników.	47*	<ul style="list-style-type: none"> - za każdą dawkę terapeutyczną / jednostkę - zgodnie z § 8 ust.1 rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1749, z późn. zm.), w związku z § 11 tego rozporządzenia 	z produktami wymienionymi w załączniku nr 1 do rozliczania z produktami 5.10.99.0000156, 5.10.99.0000157, 5.10.99.0000158, 5.10.99.0000173, 5.10.99.0000160, 5.10.99.0000162
30	5.10.99.0000172	Rekonstytucja krwi lub jej składników.	145*	<ul style="list-style-type: none"> - za każdą dawkę terapeutyczną / dawkę pediatryczną / jednostkę - zgodnie z § 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1749, z późn. zm.), w związku z § 11 tego rozporządzenia 	z produktami wymienionymi w załączniku nr 1 do rozliczania z produktami 5.10.99.0000156, 5.10.99.0000157, 5.10.99.0000158, 5.10.99.0000173, 5.10.99.0000160

31	5.10.99.0000174	Osocze świeżo mrożone pobrane metodą aferezy	47*	- za każdą jednostkę - zgodnie z § 8 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1749, z późn. zm.), w związku z § 11 tego rozporządzenia	z produktami wymienionymi w załączniku nr 1 do rozliczania z produktem 5.10.99.0000162
----	-----------------	--	-----	---	--

(*) wartość ustalona na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2023 r. (Dz. U. poz. 2817).

Załącznik Nr 3 do zarządzenia Nr 30/2023/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 9 lutego 2023 r.

Katalog zakresów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie- Kompleksowa opieka nad rodzinami z wysokim, dziedzicznie uwarunkowanym ryzykiem zachorowania na nowotwory

Lp.	kod zakresu	nazwa zakresu	kod produktu	nazwa produktu	jednostka rozliczeniowa	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
1	11.1212.010.02	Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi lub raka jajnika	5.10.00.0000188	Świadczenie pierwszorazowe 1-go typu	punkt	108		x		rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000040 określoną w zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w

									poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
2			5.10.00.00001 70	Wizyta kontrolna u osób z mutacją w genach BRCA1, BRCA2 lub PALB2	punkt	70		x	- rozliczana nie częściej niż raz na 6 miesięcy oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
3			5.10.00.00001 71	Wizyta kontrolna - pozostałe osoby	punkt	70		x	rozliczana nie częściej niż raz na 12 miesięcy u osób z mutacjami innymi niż w genach BRCA1, BRCA2 lub PALB2 oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
4			5.10.00.00002 05	Świadczenie specjalistyczne 1-go typu	punkt	70		x	rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000011 określoną w obowiązującym

									zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
5			5.10.00.00001 89	Świadczenie specjalistyczne 2-go typu	punkt	119		x	- rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000012 określoną w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia, - możliwość sumowania świadczenia ze świadczeniem 5.10.00.0000170 lub 5.10.00.0000171

6			5.10.00.00001 90	Świadczenie specjalistyczne 3-go typu	punkt	211		x	- rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000013 określoną w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załączni ka nr 5 do rozporządzenia, - możliwość sumowania świadczenia ze świadczeniem 5.10.00.0000170 lub 5.10.00.0000171
7			5.10.00.00001 91	Świadczenie specjalistyczne 4-go typu	punkt	273		x	- rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000014 określoną w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna

									oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia, - możliwość sumowania świadczenia ze świadczeniem 5.10.00.0000170 lub 5.10.00.0000171
8			5.10.00.0000192	MR piersi	punkt	1036		x	do wykazania z innymi produktami albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady
9			5.10.00.0000193	Świadczenia zabiegowe - grupa 88	punkt	827		x	rozliczanie zgodnie z zasadami dla świadczenia oznaczonego kodem 5.31.00.0000088 określonymi w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do

									rozporządzenia
10			5.10.00.00001 94	Świadczenia zabiegowe - grupa 105	punkt	369		x	rozliczanie zgodnie z zasadami dla świadczenia oznaczonego kodem 5.31.00.0000105 określonymi w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
11			5.10.00.00001 95	Świadczenia zabiegowe - grupa 110	punkt	412		x	rozliczanie zgodnie z zasadami dla świadczenia oznaczonego kodem 5.31.00.0000110 określonymi w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami

									określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
12			5.10.00.00001 96	Świadczenia zabiegowe - grupa 22	punkt	3671		x	- rozliczanie zgodnie z zasadami dla świadczenia oznaczonego kodem 5.31.00.0000022 określonymi w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna - do wykazania z innymi produktami, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady
13			5.10.00.00001 72	Badanie mutacji w genie BRCA1	punkt	260		x	rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia

14			5.10.00.00001 73	Badanie mutacji w genach CHEK2 i PALB2	punkt	350		x		rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
15			5.10.00.00001 74	Badanie mutacji w genach BRCA1, BRCA2, PALB2, CHEK2 metodą NGS	punkt	1192		x		rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
16			5.10.00.00001 75	Badanie rodzinnej mutacji	punkt	300		x		rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
17			5.10.00.00001 76	Badania immunohistochemiczne w przypadku diagnozy raka piersi w biopsji gruboigłowej	punkt	410		x		rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
18	11.1212.020. 02	Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka jelita	5.10.00.00001 88	Świadczenie pierwszorazowe 1-go typu	punkt	108		x		rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000040 określoną w

		grubego lub raka błony śluzowej trzonu macicy							obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 33 załącznika nr 5 do rozporządzenia
19			5.10.00.00001 71	Wizyta kontrolna - pozostałe osoby	punkt	70		x	rozliczana nie częściej niż raz na 12 miesięcy oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 33 załącznika nr 5 do rozporządzenia
20			5.10.00.00002 05	Świadczenie specjalistyczne 1-go typu	punkt	70		x	rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000011 określoną w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 33 załącznika nr 5 do rozporządzenia

21			5.10.00.00001 89	Świadczenie specjalistyczne 2-go typu	punkt	119		x	rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000012 określoną w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 33 załącznika nr 5 do rozporządzenia
22			5.10.00.00001 90	Świadczenie specjalistyczne 3-go typu	punkt	211		x	rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000013 określoną w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 33 załącznika nr 5 do rozporządzenia

23			5.10.00.00001 97	Kolonoskopia diagnostyczna - SOK	punkt	462		x	
24			5.10.00.00001 98	Kolonoskopia diagnostyczna z biopsją (z badaniem hist.-pat.) - SOK	punkt	665		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 histopatologiczneg o
25			5.10.00.00001 99	Kolonoskopia z polipektomią jednego lub więcej polipów o średnicy do 1 cm, za pomocą pętli diatermicznej (z badaniem hist.-pat.) - SOK	punkt	1446		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 histopatologiczneg o

26			5.10.00.00002 00	Gastroskopia diagnostyczna (w przypadku wskazań obejmuje test ureazowy) - SOK	punkt	254		x	
27			5.10.00.00002 01	Gastroskopia diagnostyczna z biopsją - uwzględnia 1 badanie hist.-pat - SOK	punkt	318		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 histopatologiczneg o
28			5.10.00.00002 02	Gastroskopia diagnostyczna z biopsją - uwzględnia 2 lub więcej badań hist.-pat.- SOK	punkt	405		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 histopatologiczneg o

29			5.10.00.00002 03	Znieczulenie całkowite dożylnie - SOK	punkt	273		x	- świadczenie do sumowania z procedurami: 45.231, 45.253, 45.239, 45.42 , 44.162, 44.13 w ramach produktów: 5.10.00.0000197, 5.10.00.0000198, 5.10.00.0000199, 5.10.00.0000200, 5.10.00.0000201, 5.10.00.0000202. - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12
30			5.10.00.00002 04	Konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego - SOK	punkt	119		x	- świadczenie do sumowania z procedurami: 45.231, 45.253, 45.239, 45.42 , 44.162, 44.13 w ramach produktów: 5.10.00.0000197, 5.10.00.0000198, 5.10.00.0000199, 5.10.00.0000200, 5.10.00.0000201, 5.10.00.0000202.

									<p>- porada nie stanowi kwalifikacji pacjenta do znieczulenia przeprowadzanej nie później niż 24 godziny przed zabiegiem w trybie planowym, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz. U. 2022 r. poz. 392 z późn. zm),</p> <p>-musi się odbyć co najmniej 2 dni przed datą wykonania badania endoskopowego</p>
31			5.10.00.00001 75	Badanie rodzinnej mutacji	punkt	320		x	<p>rozliczanie z zgodnie z zasadami określonymi w poz. 33 załącznika nr 5 do rozporządzenia</p>

32			5.10.00.00001 77	Badanie mutacji w genach APC, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, STK11, SMAD4, BMPR1A, MUTYH, EPCAM, PTEN	punkt	4164		x		rozliczanie z zgodnie z zasadami określonymi w poz. 33 załącznika nr 5 do rozporządzenia
33			5.10.00.00001 78	Badanie niestabilności mikrosatelitarnej z tkanki - badanie genetyczne	Produkt statystyczny	0		x		
34			5.10.00.00001 79	Badanie niestabilności mikrosatelitarnej z tkanki - badanie immunohistochemiczne	Produkt statystyczny	0		x		
35			5.10.00.00001 80	Badanie w kierunku wykrycia mutacji w genie APC wykonywane metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, sekwencjonowanie Sangera, MLPA):	Produkt statystyczny	0		x		

36			5.10.00.00001 81	Badanie w kierunku wykrycia mutacji w genach MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 wykonywane metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, sekwencjonowanie Sangera, MLPA)	Produkt statystyczny	0		x		
37			5.10.00.00001 82	Badania w kierunku wykrycia mutacji w genie STK11 wykonywane metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, sekwencjonowanie Sangera, MLPA)	Produkt statystyczny	0		x		
38			5.10.00.00001 83	Badanie w kierunku wykrycia mutacji w genach SMAD4 i BMPR1A wykonywane metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, sekwencjonowanie Sangera, MLPA)	Produkt statystyczny	0		x		

39			5.10.00.00001 84	Badanie w kierunku wykrycia mutacji w genie MUTYH wykonywane metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, sekwencjonowanie Sangera, MLPA)	Produkt statystyczny	0		x		
40			5.10.00.00001 85	Wykrycie nosicielstwa mutacji w genach APC, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, STK11, SMAD4, BMPR1A, MUTYH, EPCAM, PTEN, wykonywanego metodami biologii molekularnej z zastosowaniem techniki sekwencjonowania następnej generacji (NGS)	Produkt statystyczny	0		x		
41	11.1212.030. 02	Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na siatkówczaka lub chorobę	5.10.00.00001 88	Świadczenie pierwszorazowe 1-go typu	punkt	108		x		rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000040 określoną w obowiązującym zarządzeniu w

		von Hippel-Lindau (VHL)							rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 34 załącznika nr 5 do rozporządzenia
42			5.10.00.00001 71	Wizyta kontrolna - pozostałe osoby	punkt	70		x	rozliczana nie częściej niż raz na 12 miesięcy oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 34 załącznika nr 5 do rozporządzenia
43			5.10.00.00002 05	Świadczenie specjalistyczne 1-go typu	punkt	70		x	rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000011 określoną w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 34 załącznika nr 5 do rozporządzenia

44			5.10.00.00001 89	Świadczenie specjalistyczne 2-go typu	punkt	119		x	rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000012 określoną w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 34 załącznika nr 5 do rozporządzenia
45			5.10.00.00002 06	MR głowy bez wzmocnienia kontrastowego	punkt	431		x	
46			5.10.00.00002 07	MR głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	punkt	811		x	

47			5.10.00.00002 08	MR jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez wzmocnienia kontrastowego	punkt	431		x		
48			5.10.00.00002 09	MR jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup bez wzmocnienia kontrastowego	punkt	620		x		
49			5.10.00.00002 10	MR jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	punkt	811		x		
50			5.10.00.00002 11	MR jednej okolicy anatomicznej innej niż odcinek kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	punkt	1000		x		
51			5.10.00.00002 12	MR dwóch odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	punkt	730		x		

52			5.10.00.00002 13	MR trzech odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	punkt	1028		x		
53			5.10.00.00002 14	MR dwóch odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	punkt	1110		x		
54			5.10.00.00002 15	MR trzech odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	punkt	1407		x		
55			5.10.00.00002 16	TK: innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego	punkt	257		x		
56			5.10.00.00002 17	TK: innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	punkt	556		x		

57			5.10.00.00001 86	Badanie mutacji w genie RB1	punkt	1231		x		rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 34 załącznika nr 5 do rozporządzenia
58			5.10.00.00001 87	Badanie mutacji w genie VHL	punkt	400		x		rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 34 załącznika nr 5 do rozporządzenia

Załącznik Nr 4 do zarządzenia Nr 30/2023/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 9 lutego 2023 r.

Warunki realizacji umów w rodzaju: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie

1. DIALIZA OTRZEWNOWA	
1.1 WARUNKI WYMAGANE	Załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 1
2. HEMODIALIZOTERAPIA	
2.1 WARUNKI WYMAGANE	Dla świadczenia 5.10.00.0000091 - Załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 2 (spełnienie wymagań w części dotyczącej: 1) personelu – w zakresie lit. A, 2) wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną 3) pozostałych wymagań – z wyłączeniem pkt 1) Dla świadczenia 5.10.00.0000153 - Załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 22
2a. HEMODIALIZOTERAPIA - z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru	
2.1 WARUNKI WYMAGANE	Dla świadczenia 5.10.00.0000092 - Załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 2 (spełnienie wymagań w części dotyczącej: 1) personelu – w zakresie lit. B, 2) wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, 3) pozostałych wymagań); Dla świadczenia 5.10.00.0000153 - Załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 22
3. TERAPIA HIPERBARYCZNA	
3.1 WARUNKI WYMAGANE	Dla świadczenia 5.10.00.0000151 - załącznik nr 4 do rozporządzenia szpitalnego Lp. 17; Dla świadczenia 5.10.00.0000152 - załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 14
4. TLENOTERAPIA W WARUNKACH DOMOWYCH (DLT)	
4.1 WARUNKI WYMAGANE	Załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 3
5. ŻYWIENIE POZAJELITOWE W WARUNKACH DOMOWYCH	
5.1 WARUNKI WYMAGANE	Załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 4
6. ŻYWIENIE DOJELITOWE W WARUNKACH DOMOWYCH	
6.1 WARUNKI WYMAGANE	Załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 5

7. BADANIA ZGODNOŚCI TKANKOWEJ	
7.1 WARUNKI WYMAGANE	Załącznik nr 2 do rozporządzenia cz. IX Lp 1
8. BADANIA GENETYCZNE	
8.1 WARUNKI WYMAGANE	Dla świadczeń: 5.10.00.0000041, 5.10.00.0000043 - załącznik nr 2 do rozporządzenia cz. I lit. M Lp 913-916 Dla świadczenia 5.10.00.0000047 - załącznik nr 2 do rozporządzenia cz. I lit. M Lp 917
9. BADANIA IZOTOPOWE	
9.1. WARUNKI WYMAGANE	Dla świadczeń: 5.10.00.0000021, 5.10.00.0000024, 5.10.00.0000025 - załącznik nr 2 do rozporządzenia cz VII Lp. 8; Dla świadczeń: 5.10.00.0000022, 5.10.00.0000023 - załącznik nr 2 do rozporządzenia cz VII Lp. 6 Dla świadczenia 5.10.00.0000049 - załącznik nr 2 do rozporządzenia cz VII Lp. 10
10. TERAPIA IZOTOPOWA	
10.1 WARUNKI WYMAGANE	Załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 15
11. ZAOPATRZENIE PROTETYCZNE	
11. 1 WARUNKI WYMAGANE	Załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 6 - 12
12. BADANIE METODĄ POZYTONOWEJ TOMOGRAFII EMISYJNEJ	
12.1 WARUNKI WYMAGANE	Załącznik nr 2 do rozporządzenia cz. VII Lp. 9
13. LECZENIE CUKRZYCY Z ZASTOSOWANIEM POMPY INSULINOWEJ U DZIECI	
13.1 WARUNKI WYMAGANE	Załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 13
14. LECZENIE CUKRZYCY Z ZASTOSOWANIEM POMPY INSULINOWEJ U DOROSŁYCH	
14.1 WARUNKI WYMAGANE	Załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 13
15. KOMPLEKSOWE LECZENIE WRODZONEJ SZTYWNOŚCI WIELOSTAWOWEJ	
15.1 WARUNKI WYMAGANE	1. zgodnie z rozporządzeniem szpitalnym (warunki wspólne § 4 ust. 1 pkt 1- 5 i 7, § 5,) oraz z załącznikiem Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego cz. I Lp. 35. 2. zgodnie z rozporządzeniem rehabilitacyjnym - załącznik nr 1, Lp. 4, lit. a kol. 3.

	3. zgodnie z rozporządzeniem - załącznik nr 1, Lp. 46
16. LECZENIE SPASTYCZNOŚCI OPORNEJ NA LECZENIE FARMAKOLOGICZNE Z ZASTOSOWANIEM POMPY BAKLOFENOWEJ	
16.1 WARUNKI WYMAGANE - zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (§ 4 ust. 1 pkt 1-5 i 7, § 5) oraz z załącznikiem Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego: cz. I Lp. 29	
16.3 WARUNKI DODATKOWO WYMAGANE dla realizacji świadczenia: Wszczepienie pompy baklofenowej w leczeniu spastyczności opornej na leczenie farmakologiczne - zgodnie z załącznikiem Nr 4 do rozporządzenia szpitalnego: L.p. 26	
17. TELERADIOTERAPIA PROTONOWA	
17.1 WARUNKI WYMAGANE	1. zgodnie z rozporządzeniem szpitalnym (warunki wspólne § 4 ust. 1 pkt 1- 5 i 7, § 5) oraz z załącznikiem Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego cz.I Lp. 31. 2. zgodnie z załącznikiem Nr 4 do rozporządzenia szpitalnego - świadczenie gwarantowane "Terapia protonowa nowotworów oka".
17.2 warunki dodatkowo wymagane do realizacji świadczeń udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy - art. 136 ust. 2 ustawy o świadczeniach	
17.2.1 wymagania formalne	1) zapewnienie udokumentowanej koordynacji i realizacji świadczeń, zgodnie z § 4a ust. 1 rozporządzenia szpitalnego - dotyczy świadczeniodawców realizujących kompleksowe leczenie onkologiczne, posiadających umowę w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie okulistyki, albo 2) posiadanie umowy o współpracy z podmiotem koordynującym, o którym mowa w § 4a ust. 1 rozporządzenia szpitalnego.
17.2.2 pozostałe warunki	1) Realizacja świadczeń w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego zgodnie z warunkami określonymi w § 4a rozporządzenia szpitalnego i rozporządzenia w sprawie karty DiLO ; 2) rozpoznanie zasadnicze nowotworu: czerniak błony naczyniowej, wg ICD-10: C 69.3 Nowotwór złośliwy oka – naczyniówka,
18. DOMOWA ANTYBIOTYKOTERAPIA DOŻYLNNA	
18.1 WARUNKI WYMAGANE	Załącznik nr 5 do rozporządzenia Lp. 20
19. KOMPLEKSOWE LECZENIE RAN PRZEWLEKŁYCH (KLRP-1)	
19.1 WARUNKI WYMAGANE - zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem	
	Zgodnie z załącznikiem Nr 1 do rozporządzenia: Lp. 4 (Poradnia specjalistyczna - diabetologia) lub zgodnie z załącznikiem Nr 1 do rozporządzenia: Lp. 16 (Poradnia specjalistyczna - leczenia chorób naczyń) lub

	zgodnie z załącznikiem Nr 1 do rozporządzenia: Lp. 36 (Poradnia specjalistyczna - chirurgia ogólna)
19.2 WARUNKI WYMAGANE - zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem szpitalnym	
	Zgodnie z załącznikiem Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego: cz.I Lp. 7 (Chirurgia naczyniowa) lub zgodnie z załącznikiem Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego: cz.I Lp. 8 (Chirurgia naczyniowa - drugi poziom referencyjny) lub zgodnie z załącznikiem Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego: cz.I Lp. 9 (Chirurgia ogólna) lub zgodnie z załącznikiem Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego: cz.I Lp. 11 (Chirurgia plastyczna)
20. KOORDYNOWANA OPIEKA NAD KOBIETĄ W CIĄŻY - KOC I (KOC I)	
20.1 WARUNKI WYMAGANE - szpital - zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem szpitalnym	
	1) warunki ogólne - wynikające z § 4 ust. 1 pkt 1 - 7, § 5, § 5a, § 6, § 6b, § 7 i §9 rozporządzenia szpitalnego; 2) warunki szczegółowe - spełnienie co najmniej wymagań określonych w cz. I Lp. 37 Położnictwo i ginekologia oraz Lp. 26 neonatologia załącznika Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego
20.2 WARUNKI WYMAGANE - poradnia - zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem	
	Zgodnie z załącznikiem Nr 1 do rozporządzenia Lp. 34 (Porada specjalistyczna - położnictwo i ginekologia)
20.3 WARUNKI WYMAGANE - położna posiadająca kwalifikacje określone w obowiązujących przepisach prawa	
20.4 WARUNKI WYMAGANE do zawarcia umowy	
20.4.1 Wymagania formalne	Posiadanie w strukturze organizacyjnej (wpis w rejestrze): 1) Oddziału szpitalnego o profilu położniczo - ginekologicznym lub innym zgodnym z zakresem realizowanych świadczeń - co najmniej pierwszy poziom referencyjny, 2) Poradni położniczo - ginekologicznej; - dodatkowo możliwość zapewnienia dostępności do innych poradni położniczo - ginekologicznych lub praktyk lekarskich (indywidualnych lub grupowych) na podstawie podwykonawstwa lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; 3) Oddziału szpitalnego o profilu neonatologia; 4) Posiadanie w strukturze organizacyjnej lub na podstawie podwykonawstwa lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych położnych zapewniających realizację zadań określonych w opisie KOC I, zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu poz, rozporządzeniu o opiece okołoporodowej oraz rozporządzeniu o opiece w ciąży patologicznej.

20.4.2 Organizacja udzielania świadczeń	<p>1) Zapewnienie terminowego wykonania procedur medycznych, zgodnie z rozporządzeniem o opiece okołoporodowej, rozporządzeniem o opiece w ciąży patologicznej oraz zgodnie ze wskazaniami klinicznymi.</p> <p>2) Zapewnienie wykonania poszerzonego badania klinicznego noworodka przez lekarza specjalistę w dziedzinie neonatologii lub lekarza specjalistę w dziedzinie pediatrii w okresie pierwszych 12 godzin życia noworodka (zgodnie z rozporządzeniem o opiece okołoporodowej).</p> <p>3) Stała obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub lekarza posiadającego I stopień specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii - w lokalizacji (zgodnie z rozporządzeniem szpitalnym).</p> <p>4) Możliwość wykonania znieczulenia zewnątrzoponowego - całodobowo.</p> <p>5) Harmonogram udzielania świadczeń w ramach opieki koordynowanej nie może ograniczać dostępności do świadczeń realizowanych w ramach innych umów.</p> <p>6) Całodobowa możliwość kontaktu telefonicznego dla kobiet objętych opieką koordynowaną oraz możliwość uzyskania konsultacji 24h/dobę. Rejestracja na nośniku wszystkich zgłoszeń i połączeń telefonicznych.</p>
20.4.3 Zapewnienie realizacji badań	<p>1) Badania laboratoryjne - w dostępie (zgodnie z rozporządzeniem).</p> <p>2) Badania ultrasonograficzne - w lokalizacji (zgodnie z rozporządzeniem).</p>
20.4.4 Pozostałe warunki	Koordynacja wszystkich działań związanych z opieką w okresie ciąży, porodu, pójgu oraz opieką nad noworodkiem a następnie niemowlęciem zgodnie z opisem KOC I.
21. KOMPLEKSOWE LECZENIE RAN PRZEWLEKŁYCH (KLRP-2)	
21.1 WARUNKI WYMAGANE - zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem oraz rozporządzeniem poz	
	<p>Zgodnie z załącznikiem Nr 1 do rozporządzenia: Lp. 4 (Poradnia specjalistyczna - diabetologia) lub zgodnie z załącznikiem Nr 1 do rozporządzenia: Lp. 16 (Poradnia specjalistyczna - leczenia chorób naczyń) lub zgodnie z załącznikiem Nr 1 do rozporządzenia: Lp. 36 (Poradnia specjalistyczna - chirurgia ogólna) lub zgodnie z załącznikiem Nr 1 do rozporządzenia poz (Porada lekarska lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) oraz zgodnie z załącznikiem Nr 2 do rozporządzenia poz (Porada pielęgniarska)</p>
21.2 WARUNKI WYMAGANE - zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem szpitalnym	
	<p>Zgodnie z załącznikiem Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego: cz.I Lp. 7 (Chirurgia naczyniowa) lub zgodnie z załącznikiem Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego: cz.I Lp. 8 (Chirurgia naczyniowa - drugi poziom referencyjny) lub zgodnie z załącznikiem Nr 3 do rozporządzenia szpitalnego: cz.I Lp. 9 (Chirurgia ogólna)</p>
22. OPIEKA NAD RODZINAMI WYSOKIEGO, DZIEDZICZNIE UWARUNKOWANEGO RYZYKA ZACHOROWANIA NA RAKA PIERSI LUB RAKA JAJNIKA	

22.1 WARUNKI WYMAGANE - zgodnie z załącznikiem nr 5 Lp. 32 do rozporządzenia
23. OPIEKA NAD RODZINAMI WYSOKIEGO, DZIEDZICZNIE UWARUNKOWANEGO RYZYKA ZACHOROWANIA NA RAKA JELITA GRUBEGO LUB RAKA BŁONY ŚLUZOWEJ TRZONU MACICY
23.1 WARUNKI WYMAGANE - zgodnie z załącznikiem nr 5 Lp. 33 do rozporządzenia
24. OPIEKA NAD RODZINAMI WYSOKIEGO, DZIEDZICZNIE UWARUNKOWANEGO RYZYKA ZACHOROWANIA NA SIATKÓWCZAKA LUB CHOROBE VON HIPPEL-LINDAU (VHL)
24.1 WARUNKI WYMAGANE - zgodnie z załącznikiem nr 5 Lp. 34 do rozporządzenia

Uzasadnienie

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

Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem obejmują:

1) w załączniku nr 1 do zarządzenia, określającym katalog zakresów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, usunięto zakresy "11.1100.000.02 Telekonsylium kardiologiczne" oraz "11.1060.000.02 Telekonsylium geriatryczne". Przedmiotowe świadczenia wprowadzono w 2015 r., w którym obowiązujące wówczas przepisy nie pozwalały na udzielanie świadczeń w formie teleporad.

W stanie prawnym obecnie obowiązującym istnieje możliwość udzielania świadczeń na odległość, tj. w formie teleporad jednak brak jest zainteresowania świadczeniodawców realizacją świadczeń w ww. zakresach w ostatnich latach.

W związku z powyższym, zasadna jest rezygnacja z ww. zakresów świadczeń i wprowadzenie odpowiednich modyfikacji w treści zarządzenia, w tym uchylenie załącznika nr 2c do zarządzenia i dokonanie zmian w załączniku nr 3 do zarządzenia;

2) w załączniku nr 1a do zarządzenia, określającym katalog produktów dodatkowych do sumowania w KOC I, wartości produktów związanych z leczeniem krwią i jej składnikami, zostały dostosowane do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2023 r. (Dz. U. poz. 2817);

3) w załączniku nr 1b do zarządzenia, określającym katalog zakresów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie - Kompleksowa opieka nad rodzinami z wysokim, dziedzicznie uwarunkowanym ryzykiem zachorowania na nowotwory, dokonano zmiany wycen badań endoskopowych przewodu pokarmowego – gastrokopii i kolonoskopii, w zakresie "11.1212.020.02 Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego lub raka błony śluzowej trzonu macicy".

W nowym brzmieniu załącznika nr 1b do zarządzenia, wprowadzono poniższe wyceny:

"5.10.00.0000197 Kolonoskopia diagnostyczna - SOK" – 462 pkt,

"5.10.00.0000198 Kolonoskopia diagnostyczna z biopsją (z badaniem hist.-pat.) - SOK" – 665 pkt,

„5.10.00.0000200 Gastroskopia diagnostyczna (w przypadku wskazań obejmuje test ureazowy) - SOK" – 254 pkt,

"5.10.00.0000201 Gastroskopia diagnostyczna z biopsją - uwzględnia 1 badanie hist.-pat - SOK" – 318 pkt,

"5.10.00.0000202 Gastroskopia diagnostyczna z biopsją - uwzględnia 2 lub więcej badań hist.-pat.- SOK" – 405 pkt;

4) w załączniku nr 1b do zarządzenia, w zakresach: „11.1212.010.02 Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi lub raka jajnika" oraz "11.1212.020.02 Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego lub raka błony śluzowej trzonu macicy" dodano produkt rozliczeniowy "5.10.00.0000205 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu", co umożliwi rozliczanie porad specjalistycznych nie obejmujących wykonania innych procedur;

5) w załączniku nr 1b do zarządzenia, w uwagach do produktu rozliczeniowego "5.10.00.0000204 Konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego - SOK", dodano przepis wskazujący na możliwość rozliczenia takiej konsultacji, która odbyła się co najmniej 2 dni przed datą wykonania badania.

Ponadto, dokonano w ww. załącznikach zmian o charakterze porządkowym.

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. 2022 r. poz. 787, z późn. zm.), został przedstawiony do konsultacji zewnętrznych, w ramach których został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach. Nie zgłoszono uwag do projektu.

Zmiany dotyczące wartości produktów związanych z leczeniem krwią i jej składnikami są tożsame z przepisami zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, które zostało przedstawione w dniach 29 grudnia 2022 r. – 9 stycznia 2023 r. do konsultacji zewnętrznych.

Prognozowany roczny skutek finansowy po stronie płatnika publicznego dla wprowadzonych zmian wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2023 r. wynosi ok. 85 tys. zł. Dla pozostałych zmian nie przewiduje się skutku finansowego, bądź nie jest możliwe oszacowanie kosztów wynikających z ich wprowadzenia.

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

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania, a jego przepisy stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2023 r.