

**ZARZĄDZENIE NR 48/2023/DSOZ
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 2 marca 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 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie¹⁾, wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 11 dodaje się ust. 18 i 19 w brzmieniu:

„18. Wykaz antybiotyków podawanych dożylnie w leczeniu mukowiscydozy rozliczanych w ramach świadczeń domowej antybiotykoterapii dożylniej określony jest w załączniku nr 18 do zarządzenia.

19. W przypadku realizacji przez świadczeniodawcę świadczeń diagnostyki genetycznej, kwoty zobowiązania określone w umowie dla właściwych ze względu na realizację świadczeń zakresach, obejmują także kwoty zobowiązania wyodrębnione na realizację świadczeń finansowanych w ramach zakresów dedykowanych rozliczaniu świadczeń diagnostyki genetycznej udzielanych osobom do ukończenia 18 roku życia.”;

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

3) załącznik nr 1b do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia;

4) dodaje się załącznik nr 18 do zarządzenia w brzmieniu określonym w załączniku nr 3 do niniejszego zarządzenia.

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

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

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

§ 4. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 marca 2023 r., z wyjątkiem:

1) załącznika, o którym mowa w § 1 pkt 2, w zakresie lp. 16-18 (kod zakresu: 11.1210.160.02),

2) załącznika, o którym mowa w § 1 pkt 3, w zakresie:

a) lp. 20-24 (kod zakresu: 11.1212.161.02),

b) lp. 48-57 (kod zakresu: 11.1212.162.02),

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

c) lp. 79-80 (kod zakresu: 11.1212.163.02)

– które stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 lutego 2023 r.;

3) załącznika, o którym mowa w § 1 pkt 3, w zakresie lp. 18-19 i lp. 76-78, które stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 4 stycznia 2023 r.

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

**PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Małgorzata Dziedziak
wz. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
/dokument podpisany elektronicznie/

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr 48/2023/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 2 marca 2023 r.

Katalog zakresów świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie

| L p. | kod zakresu | nazwa zakresu | kod produktu | nazwa produktu | jednostka rozliczeniowa | Taryfa ustalona przez AOT MiT | Wartość punktowa produktu rozliczeniowego | warunki wykonania | | | uwagi |
|------|----------------|--|-----------------|--|-------------------------|-------------------------------|---|---|--|--|--|
| | | | | | | | | świadczenie wykonywane w warunkach domowych | świadczenie wykonywane w trybie ambulatoryjnym | świadczenie wykonywane w trybie hospitalizacji | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1 | 11.4132.001.02 | dializoterapia otrzewnowa | 5.10.00.0000051 | dializa otrzewnowa | punkt | 19,4 | 228,36 | x | x | | za osobodzień, obejmuje pełne koszty i badania dodatkowe, w tym środki stymulujące erytropoezę |
| 2 | 11.4132.002.12 | hemodializoterapia | 5.10.00.0000091 | hemodializa - świadczenie wykonywane w trybie ambulatoryjnym | punkt | 34,82 | 409,93 | | x | | |
| 3 | | | 5.10.00.0000153 | Hemodiafiltracja (HDF) | punkt | 418 | 418,00 | | x | | |
| 4 | 11.4132.003.12 | hemodializoterapia - z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru | 5.10.00.0000092 | 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 | | | 5.10.00.00001 53 | Hemodiafiltracja (HDF) | punkt | | 440,97 | | x | | |
| 6 | 11.9800.041. 02 | terapia hiperbaryczna | 5.10.00.00001 51 | Terapia hiperbaryczna (1 sprężenie u 1 pacjenta) – z zapewnieniem 24h dostępności | punkt | 520 | 520,00 | | x | x | |
| 7 | | | 5.10.00.00001 52 | Terapia hiperbaryczna (1 sprężenie u 1 pacjenta) – bez zapewnienia 24h dostępności | punkt | 360 | 360,00 | | x | | |
| 8 | 11.2150.042. 02 | tlenoterapia domowa | 5.10.00.00000 06 | tlenoterapia w warunkach domowych | punkt | | 11,49 | x | | | za osobodzeń, w tym koszt środków technicznych; |
| 9 | 11.0000.047. 02 | żywienie pozajelitowe w warunkach domowych | 5.10.00.00000 07 | żywienie pozajelitowe dorosłych w warunkach domowych | punkt | | 230,00 | x | | | za osobodzeń, |
| 10 | | | 5.10.00.00000 08 | żywienie pozajelitowe dzieci w warunkach domowych | punkt | | 402,00 | x | | | |
| 11 | 11.0000.048. 02 | żywienie dojelitowe w warunkach domowych | 5.10.00.00000 50 | żywienie dojelitowe w warunkach domowych | punkt | | 92,00 | x | | | |
| 12 | 11.1210.052. 12 | badania zgodności tkankowej | 5.10.00.00000 16 | badanie antygenów zgodności tkankowej przy typowaniu dawców szpiku | świadczenie | | 1 | | x | | |

| | | | | | | | | | | | |
|----|----------------|---|-----------------|--|-------|-------|----------|--|---|--|--|
| | | | | lub komórek krwiotwórczych albo żywych dawców wątroby lub nerki | | | | | | | |
| 13 | 11.1210.053.02 | badania genetyczne | 5.10.00.0000041 | kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nowotworowych | punkt | | 532,51 | | x | | |
| 14 | | | 5.10.00.0000043 | kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nienowotworowych z uwzględnieniem cytogenetycznych badań molekularnych | punkt | | 1 065,02 | | x | | |
| 15 | | | 5.10.00.0000047 | diagnostyka cukrzycy monogenowej - badania genetyczne | punkt | 2 154 | 2 154,00 | | x | | |
| 16 | 11.1210.160.02 | badania genetyczne - świadczenia diagnostyki genetycznej udzielane osobom do ukończenia 18 roku życia | 5.10.00.0000041 | kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nowotworowych | punkt | | 532,51 | | x | | |
| 17 | | | 5.10.00.0000043 | kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nienowotworowych z uwzględnieniem cytogenetycznych badań molekularnych | punkt | | 1 065,02 | | x | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--------|--------------------|----------------------|---------------------|---|-------|-------|----------|--|---|--|--|
| 18 | | | 5.10.00.0000 047 | diagnostyka cukrzycy monogenowej - badania genetyczne | punkt | 2 154 | 2 154,00 | | x | | |
| 19 | 11.0000.040. 02 | badania izotopowe | 5.10.00.00000 21 | scyntygrafia całego ciała z zastosowaniem znakowanych analogów somatostatyny | punkt | | 5 326,13 | | x | | |
| 2 0 | | | 5.10.00.00000 22 | scyntygrafia nadnerczy/innych okolic ciała | punkt | | 2 366,94 | | x | | |
| 2 1 | | | 5.10.00.00000 23 | scyntygrafia wentylacyjna płuc | punkt | | 1 775,72 | | x | | |
| 2 2 | | | 5.10.00.00000 24 | scyntygrafia całego ciała z zastosowaniem cytrynianu galu | punkt | | 2 959,19 | | x | | |
| 23 | | | 5.10.00.00000 25 | scyntygrafia z zastosowaniem znakowanych leukocytów | punkt | | 2 722,29 | | x | | |
| 24 | | | 5.10.00.00000 49 | diagnostyka zaburzeń czynności układu pozapiramidowe go w przebiegu schorzeń zwyrodnieniowych ośrodkowego układu nerwowego za pomocą radiofarmaceutyk ów | punkt | 6 272 | 6 272,00 | | x | | |

| | | | | | | | | | | | |
|----|--------------------|----------------------|---------------------|---|-------|--|----------|--|---|--|---|
| 25 | 11.0000.043. 02 | terapia izotopowa | 5.10.00.00000 18 | terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy - porada kwalifikacyjna | punkt | | 355,35 | | x | | nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi |
| 26 | | | 5.10.00.00000 19 | terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy - podanie izotopu | punkt | | 355,35 | | x | | |
| 27 | | | 5.10.00.00000 20 | terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy - porada kontrolna | punkt | | 82,40 | | x | | nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi |
| 28 | | | 5.10.00.00000 26 | terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości - porada kwalifikacyjna | punkt | | 592,25 | | x | | nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi |
| 29 | | | 5.10.00.00000 27 | terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości - podanie izotopu strontu | punkt | | 2 959,19 | | x | | |
| 30 | | | 5.10.00.00000 28 | terapia izotopowa bólów kostnych | punkt | | 4 733,88 | | x | | |

| | | | | | | | | | | |
|----|--------------------|--------------------------|---------------------|--|-------|--|----------|--|---|--|
| | | | | w przebiegu zmian przerzutowych do kości - podanie izotopu samaru | | | | | | |
| 31 | | | 5.10.00.00000 29 | terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości - porada kontrolna | punkt | | 118,45 | | x | nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi |
| 32 | | | 5.10.00.00000 65 | synowiewktomie radioizotopowe - porada kwalifikacyjna | punkt | | 295,61 | | x | nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi |
| 33 | | | 5.10.00.00000 30 | synowiewktomie radioizotopowe | punkt | | 2 366,94 | | x | |
| 34 | | | 5.10.00.00000 66 | synowiewktomie radioizotopowe - porada kontrolna | punkt | | 94,76 | | x | nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi |
| 35 | 11.0000.041. 02 | zaopatrzenie protetyczne | 5.10.00.00000 36 | zaopatrzenie w protezę twarzy | punkt | | 426,42 | | x | obejmuje koszt protezy |
| 36 | | | 5.10.00.00000 37 | zaopatrzenie w protezę nosa | punkt | | 4 852,33 | | x | obejmuje koszt protezy |
| 37 | | | 5.10.00.00000 38 | zaopatrzenie w protezę małżowiny usznej | punkt | | 4 852,33 | | x | obejmuje koszt protezy |
| 38 | | | 5.10.00.00000 39 | zaopatrzenie w ektoprotezę: gałki ocznej, wargi i nosa | punkt | | 5 798,90 | | x | obejmuje koszt protezy |
| 39 | | | 5.10.00.00000 40 | naprawa i renowacja protezy twarzy | punkt | | 532,51 | | x | obejmuje koszt protezy |

| | | | | | | | | | | | |
|----|--------------------|---|---------------------|--|-------|--------|----------|--|---|--|---|
| 40 | | | 5.10.00.00000 45 | powiększenie indywidualnej protezy gałki ocznej | punkt | | 592,25 | | x | | obejmuje koszt protezy |
| 41 | | | 5.10.00.00000 48 | zatyczka do protezy gałki ocznej | punkt | | 355,35 | | x | | |
| 42 | | | 5.10.00.00001 03 | 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. |
| 43 | 11.7220.001. 12 | pozytonowa tomografia emisyjna (PET) | 5.10.00.00001 04 | 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 |
| 44 | 11.1021.046. 02 | leczenie cukrzycy z zastosowanie m pompy insulinowej u dzieci | 5.10.00.00000 53 | leczenie cukrzycy z zastosowanie m pompy insulinowej u dzieci do 6 roku życia albo wymagających do 20 jednostek insuliny na dobę | punkt | | 7 469,00 | | x | | |

| | | | | | | | | | | | |
|----|--------------------|--|---------------------|--|-------|--|-----------|--|---|--|---|
| 45 | | | 5.10.00.00000 54 | leczenie cukrzycy z zastosowanie m pompy insulinowej u dzieci od 6 do 18 roku życia | punkt | | 6 894,00 | | x | | |
| 46 | 11.1021.047. 02 | leczenie cukrzycy z zastosowanie m pompy insulinowej u dorosłych | 5.10.00.00000 56 | leczenie cukrzycy z zastosowanie m pompy insulinowej u dorosłych w wieku 18-26 lat wymagających do 30 jednostek insuliny na dobę | punkt | | 7 469,00 | | x | | |
| 47 | | | 5.10.00.00000 57 | leczenie cukrzycy z zastosowanie m pompy insulinowej u dorosłych w wieku 18-26 lat | punkt | | 6 894,00 | | x | | |
| 48 | 10.0000.050. 02 | kompleksowe leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej | 5.10.00.00000 58 | 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 |
| 49 | | | 5.10.00.00000 59 | 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 |
| 50 | | | 5.10.00.00000 60 | 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 |
| 51 | | | 5.10.00.00000 61 | 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 |
| 52 | | | 5.10.00.00000 62 | zaopatrzenie w przedmiot ortopedyczny w leczeniu wrodzonej sztywności | punkt | | 1 | | x | koszt wyrobu wykonanego na zamówienie, o którym mowa w ustawie z dnia 7 kwietnia 2022 r. |

| | | | | | | | | | | |
|----|--|--|---------------------|---|-------|----|--------|--|---|---|
| | | | wielostawowej | | | | | | | o wyrobach medycznych (Dz. U. poz. 974) art. 2 pkt. 36; udokumentowany fakturą; możliwość rozliczenia ze świadczeniami w trybie hospitalizacji z niniejszego zakresu |
| 53 | | | 5.10.00.00000 63 | 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 |
| 54 | | | 5.10.00.00000 64 | 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 |
| 55 | | | 5.10.00.00001 57 | koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o | punkt | 15 | 15,00 | | x | - za osobodzień; - do rozliczania z produktami : 5.10.00.0000058, 5.10.00.0000059, 5.10.00.0000060, 5.10.00.0000061; - do rozliczenia niezbędne jest |

| | | | | | | | | | | |
|----|----------------|--|-----------------|--------------------------------------|-------|--|---|--|---|--|
| | | | | znacznym stopniu niepełnosprawności. | | | | | | przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz.1128). |
| 56 | 11.0000.049.02 | leczenie spastyczności odpornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej | 5.10.00.0000067 | pompa baklofenowa | punkt | | 1 | | x | koszt zakupu kompletnego zestawu pompy baklofenowej - zgodny z wynikiem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego |
| 57 | | | 5.10.00.0000068 | cewnik do pompy baklofenowej | punkt | | 1 | | x | - koszt cewnika wraz z osprzętem wg faktury zakupu; - rozliczenie wyłącznie w przypadku wymiany |

| | | | | | | | | | | | |
|----|--|--|---------------------|---|-------|----|----------|--|--|---|---|
| 58 | | | 5.10.00.00000 69 | 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 |
| 59 | | | 5.10.00.00000 70 | 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 |
| 60 | | | 5.10.00.00000 71 | hospitalizacja związana z uzupełnieniem pompy baklofenowej | punkt | | 532,51 | | | x | nie obejmuje kosztu baklofenu |
| 61 | | | 5.10.00.00000 72 | test baklofenowy | punkt | | 632,00 | | | x | obejmuje wszystkie koszty, w tym koszt baklofenu |
| 62 | | | 5.10.00.00000 73 | baklofen | punkt | | 747,00 | | | x | za jedną ampułkę zawierającą 10 mg baklofenu |
| 63 | | | 5.10.00.00001 57 | koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawn ości. | punkt | 15 | 15,00 | | | x | - za osobodzień; - do rozliczania z produktami : 5.10.00.0000069, 5.10.00.0000070, 5.10.00.0000071, 5.10.00.0000072; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze |

| | | | | | | | | | | | |
|----|----------------|----------------------------|-----------------|--|-------------|----|-------|--|---|---|--|
| | | | | | | | | | | wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz.1128). | |
| 64 | | | 5.10.00.0000076 | 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 |
| 65 | 11.0000.050.12 | Teleradioterapia protonowa | 5.10.00.0000157 | koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym | 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 |

| | | | | | | | | | | | |
|----|--------------------|--|---------------------|---|-----------------|----|-------|--|---|---|--|
| | | | | stopniu niepełnosprawn ości. | | | | | | | 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). |
| 66 | 11.0000.950. 12 | Teleradioterap ia protonowa - pakiet onkologiczny | 5.10.00.00000 76 | teleradioterapia hadronowa wiązką protonów | świadczen ie | | 1 | | x | x | - za cały proces leczenia; - dotyczy świadczenia gwarantowanego "Terapia protonowa nowotworów oka", określonego w zał. nr 4 do rozporządzenia szpitalnego |
| 67 | | | 5.10.00.00001 57 | koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o | punkt | 15 | 15,00 | | | x | - za osobodzień; - do rozliczania z produktem 5.10.00.0000076; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo |

| | | | | | | | | | | |
|----|----------------|-----------------------------------|-----------------|--|-------|--|--------|---|---|---|
| | | | | znacznym stopniu niepełnosprawności. | | | | | | 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). |
| 68 | 11.0000.051.02 | Domowa antybiotykoterapia dożylna | 5.10.00.0000074 | podanie antybiotyku dożylnie lub we wlewie | punkt | | 35,02 | x | | dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; obejmuje także koszt: - sprzętu i środków opatrunkowych, - przygotowania pacjenta i opiekunów |
| 69 | | | 5.10.00.0000075 | 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). |
| 70 | | | 5.10.00.00002 20 | Antybiotyk podawany dożylnie (z listy antybiotyków wymienionej w załączniku nr 18) | punkt | | 1 | x | | dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą |
| 71 | 11.9000.001. 02 | Kompleksowe leczenie ran przewlekłych (KLRP-1) | 5.10.00.00000 77 | KLRP-1 etap I | punkt | | 825,03 | | x | ryczałt (średnio 4 wizyty w ciągu 4 tygodni). |
| 72 | | | 5.10.00.00000 78 | KLRP-1 etap I z transportem | punkt | | 1 402,86 | | x | ryczałt (średnio 4 wizyty w ciągu 4 tygodni). |
| 73 | | | 5.10.00.00000 79 | KLRP-1 etap IIa | punkt | | 701,43 | | x | ryczałt (średnio 8 wizyt w ciągu 12 tygodni) |
| 74 | | | 5.10.00.00000 80 | KLRP-1 etap IIa z transportem | punkt | | 1 193,77 | | x | ryczałt (średnio 8 wizyt w ciągu 12 tygodni) |
| 75 | | | 5.10.00.00000 81 | 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 |

| | | | | | | | | | | |
|----|--|--|---------------------|----------------------------------|-------|--|----------|--|---|--|
| 76 | | | 5.10.00.00000 82 | 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 podeśnieniem 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 |
| 77 | | | 5.10.00.00000 83 | 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 |
| 78 | | 5.10.00.00000 84 | 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 |
| 79 | | 5.10.00.00000 85 | KLRP-1 etap III | punkt | | 295,61 | | x | | ryczałt (średnio 4 wizyty w ciągu 8 tygodni): |
| 81 | | 5.10.00.00000 86 | KLRP-1 etap III z transportem | punkt | | 504,70 | | x | | ryczałt (średnio 4 wizyty w ciągu 8 tygodni): |
| 82 | | 5.10.00.00000 87 | KLRP-1 etap IV | punkt | | 307,97 | | x | | ryczałt (wizyta kontrolna – po 3 miesiącach od zagojenia rany), obejmuje też: ewaluację wyników prowadzonej |

| | | | | | | | | | |
|----|--|--|---------------------|---|-------|--|--------|---|--|
| | | | | | | | | | edukacji oraz ewaluację realizacji planu leczenia. |
| 83 | | | 5.10.00.00000 88 | 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. |
| 84 | | | 5.10.00.00000 89 | 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) |
| 85 | | | 5.10.00.00000 90 | 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) |

| | | | | | | | | | | | |
|----|----------------|---|-----------------|--|-------|----|-------|---|---|---|---|
| 86 | | | 5.10.00.0000157 | 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 osobodzień; - 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). |
| 87 | 11.1450.400.02 | Koordinowana opieka nad kobietą w ciąży - KOC I | 5.10.00.0000143 | 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 |

| | | | | | | | | | | | |
|----|--|---------|---------------------|--|-------|--|--------|---|---|---|---|
| 88 | | (KOC I) | 5.10.00.00001 44 | 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 |
| 89 | | | 5.10.00.00001 45 | 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 |
| 90 | | | 5.10.00.00001 46 | 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 |
| 91 | | | 5.10.00.00001 47 | 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 |
| 92 | | | 5.10.00.00001 14 | (N22KOC) Noworodek wymagający intensywnej terapii | punkt | | 23 001 | | | x | - produkt dedykowany dla II poziomu opieki neonatologicznej, - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia |

| | | | | | | | | | | |
|----|--|--|---------------------|--|-------|--|--------|--|---|---|
| | | | | | | | | | | warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, - obejmuje opiekę nad noworodkiem wymagającym intensywnej terapii, - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobięcego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983. |
| 93 | | | 5.10.00.00002 19 | (N22AKOC) Noworodek wymagający intensywnego monitorowania i specjalistycznej opieki | punkt | | 11 298 | | x | - produkt dedykowany dla II poziomu opieki neonatologicznej, - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, - obejmuje opiekę nad noworodkiem |

| | | | | | | | | | | |
|----|--|--|---------------------|---|-------|--|--------|--|---|---|
| | | | | | | | | | | wymagającym intensywnej terapii (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 |
| 94 | | | 5.10.00.00001 15 | (N23KOC) Noworodek wymagający rozszerzonej diagnostyki | punkt | | 27 738 | | x | - produkt dedykowany dla II poziomu opieki neonatologicznej, - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, - obejmuje opiekę nad noworodkiem wymagającym intensywnej opieki, |

| | | | | | | | | | | | |
|----|--|--|---------------------|--|-------|--|-------|--|--|---|---|
| | | | | | | | | | | | - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobięcego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983 |
| 95 | | | 5.10.00.00001 16 | (N24KOC) Noworodek wymagający szczególnej opieki | punkt | | 5 456 | | | x | - produkt dedykowany dla II poziomu opieki neonatologicznej, - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, - produkt dedykowany dzieciom urodzonym w innym ośrodku, - nie można sumować z ryczałtem KOC I, - możliwość rozliczania hospitalizacji dziecka w wieku powyżej 6 tygodnia życia urodzonego u koordynatora, - w sytuacji, gdy |

| | | | | | | | | | | |
|----|--|--|---------------------|---|-------|--|-------|--|---|--|
| | | | | | | | | | | świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobiecego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983. |
| 96 | | | 5.10.00.00001 17 | (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 wysokospecjalistyczne, - 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 Kobiecego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983. |
| 97 | | | 5.10.00.0000148 | 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 |
| 98 | | | 5.10.00.0000149 | 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 |
| 99 | | | 5.10.00.0000157 | koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności. | 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 |

| | | | | | | | | | | |
|-----|----------------|--|-----------------|---------------------|-------|--|--------|---|---|---|
| | | | | | | | | | | <p>opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia;</p> <p>- w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia;</p> <p>- 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).</p> |
| 100 | 11.9000.002.02 | Kompleksowe leczenie ran przewlekłych 2 (KLRP-2) | 5.10.00.0000158 | KLRP-2 kwalifikacja | punkt | | 613,84 | | x | <p>obejmuje wizytę pielęgniarstwa i lekarską , (w tym badania) zgodnie z opisem KLRP-2;</p> |
| 101 | | | 5.10.00.0000159 | KLRP-2 etap I A | punkt | | 761,14 | x | x | <p>- ryczałt obejmuje 5 wizyt:</p> <p>4 pielęgniarstwa oraz 1 wizytę kontrolną lekarską zgodnie z opisem KLRP-2;</p> <p>- w przypadku wizyt środowiskowych stosuje się mnożnik 1,1</p> |

| | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|---------------------|---------------------|-------|--|----------|---|---|--|
| 10 2 | | | 5.10.00.00001 60 | KLRP-2 etap I B | punkt | | 620,19 | x | x | - ryczałt obejmuje 4 wizyty 3 pielęgniarskie oraz 1 wizytę kontrolną lekarską, zgodnie z opisem KLRP-2; - w przypadku wizyt środowiskowych stosuje się mnożnik 1,1 |
| 10 3 | | | 5.10.00.00001 61 | KLRP-2 etap I C | punkt | | 761,14 | x | x | - ryczałt obejmuje 5 wizyt: 4 pielęgniarskie oraz 1 wizytę kontrolną lekarską, zgodnie z opisem KLRP-2; - w przypadku wizyt środowiskowych stosuje się mnożnik 1,1 |
| 10 4 | | | 5.10.00.00001 62 | KLRP-2 etap I D | punkt | | 850,00 | | x | zgodnie z opisem KLRP-2 |
| 10 5 | | | 5.10.00.00001 63 | 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 |
| 10 6 | | | 5.10.00.00001 64 | 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 |

| | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|---------------------|--|-------|--|----------|---|---|---|
| 10 7 | | | 5.10.00.00001 65 | 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 |
| 10 8 | | | 5.10.00.00001 66 | koszt transportu | | | | | x | - koszt transportu sanitarnego rozliczany zgodnie z zasadami określonymi w zarządzeniu poz; - rozliczanie maksymalnie do 5 transportów |
| 10 9 | | | 5.10.00.00001 67 | KLRP-2 etap IV - wizyta ewaluacyjna typu A | punkt | | 3 000,00 | | x | - zamknięcie rany 100% potwierdzone zdjęciem i oceną planimetryczną; |
| 11 0 | | | 5.10.00.00001 68 | 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 |
| 11 1 | | | 5.10.00.00001 57 | 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 48/2023/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 2 marca 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 | świadczenie wykonywane w trybie ambulatoryjnym | uwagi |
|-----|----------------|---|-----------------|---|-------------------------|---|--|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 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 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, zwanym dalej "zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna", oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia |
| 2 | | | 5.10.00.0000170 | 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 | | | 5.10.00.0000171 | 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 | | 5.10.00.000020 5 | Świadczenie specjalistyczne 1-go typu | punkt | 70 | x | rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000011 określoną w zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia |
| 5 | | 5.10.00.000018 9 | 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 | | 5.10.00.000019 0 | Świadczenie specjalistyczne 3-go typu | punkt | 211 | x | - rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000013 określoną 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 |
| 7 | | 5.10.00.000019 | Świadczenie | punkt | 273 | x | - rozliczanie zgodnie |

| | | | | | | | |
|----|--|---------------------|-----------------------------------|-------|------|---|--|
| | | 1 | specjalistyczne 4-go typu | | | | z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000014 określoną 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 | | 5.10.00.000019 2 | MR piersi | punkt | 1036 | x | do wykazania z innymi produktami albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady |
| 9 | | 5.10.00.000019 3 | 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 | | 5.10.00.000019 4 | Świadczenia zabiegowe - grupa 105 | punkt | 369 | x | rozliczanie zgodnie z zasadami dla świadczenia oznaczonego kodem 5.31.00.0000105 określonymi w zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia |
| 11 | | 5.10.00.000019 5 | Świadczenia zabiegowe - grupa 110 | punkt | 412 | x | rozliczanie zgodnie z zasadami dla świadczenia oznaczonego kodem 5.31.00.0000110 określonymi w zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia |
| 12 | | 5.10.00.000019 | Świadczenia | punkt | 3671 | x | - rozliczanie zgodnie z zasadami |

| | | | | | | | | |
|----|--|--|---------------------|--|-------|------|---|--|
| | | | 6 | zabiegowe - grupa 22 | | | | dla świadczenia oznaczonego kodem 5.31.00.0000022 określonymi w zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna - do wykazania z innymi produktami, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady |
| 13 | | | 5.10.00.000017 2 | Badanie mutacji w genie BRCA1 | punkt | 260 | x | rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia |
| 14 | | | 5.10.00.000017 3 | Badanie mutacji w genach CHEK2 i PALB2 | punkt | 350 | x | rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia |
| 15 | | | 5.10.00.000017 4 | 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 | | | 5.10.00.000017 5 | Badanie rodzinnej mutacji | punkt | 300 | x | rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia |
| 17 | | | 5.10.00.000017 6 | 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 | | | 5.10.00.000022 2 | Znieczulenie całkowite dożylnie – do rezonansu magnetycznego - SOK | punkt | 367 | x | - do sumowania ze świadczeniami rezonansu magnetycznego (RM), - kryteria kwalifikacji do świadczeń rezonansu magnetycznego (RM) w znieczuleniu zostały określone w załączniku nr 7 do rozporządzenia, - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12, |

| | | | | | | | | |
|----|----------------|--|---------------------|--|-------|-----|---|---|
| 19 | | | 5.10.00.000020 4 | Konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego - SOK | punkt | 119 | x | - do sumowania z produktami: 5.10.00.0000192, 5.10.00.0000197, 5.10.00.0000198, 5.10.00.0000199, 5.10.00.0000200, 5.10.00.0000201, 5.10.00.0000202, 5.10.00.0000206, 5.10.00.0000207, 5.10.00.0000208, 5.10.00.0000209, 5.10.00.0000210, 5.10.00.0000211, 5.10.00.0000212, 5.10.00.0000213, 5.10.00.0000214, 5.10.00.0000215, 5.10.00.0000216, 5.10.00.0000217, - 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), - musi się odbyć co najmniej 2 dni przed datą wykonania badania endoskopowego |
| 20 | 11.1212.161.02 | Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka | 5.10.00.000017 2 | Badanie mutacji w genie BRCA1 | punkt | 260 | x | rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia |
| 21 | | | 5.10.00.000017 3 | Badanie mutacji w genach CHEK2 i PALB2 | punkt | 350 | x | rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia |

| | | | | | | | | |
|----|----------------|--|---------------------|---|-------|------|---|--|
| 22 | | zachorowania na raka piersi lub raka jajnika - świadczenia diagnostyki genetycznej udzielane osobom do ukończenia 18 roku życia | 5.10.00.000017 4 | 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 |
| 23 | | | 5.10.00.000017 5 | Badanie rodzinnej mutacji | punkt | 300 | x | rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia |
| 24 | | | 5.10.00.000017 6 | Badania immunohistochemiczne w przypadku diagnozy raka piersi w biopsji gruczołowej | punkt | 410 | x | rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia |
| 25 | 11.1212.020.02 | Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego lub raka błony śluzowej trzonu macicy | 5.10.00.000018 8 | 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. 33 załącznika nr 5 do rozporządzenia |
| 26 | | | 5.10.00.000017 1 | 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 |
| 27 | | | 5.10.00.000020 5 | Świadczenie specjalistyczne 1-go typu | punkt | 70 | x | rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000011 określoną zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 33 załącznika nr 5 do rozporządzenia |
| 28 | | | 5.10.00.000018 9 | Świadczenie specjalistyczne 2-go typu | punkt | 119 | x | rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000012 określoną zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka |

| | | | | | | | |
|----|--|---------------------|--|-------|------|---|---|
| | | | | | | | specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 33 załącznika nr 5 do rozporządzenia |
| 29 | | 5.10.00.000019 0 | Świadczenie specjalistyczne 3-go typu | punkt | 211 | x | rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000013 określoną zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 33 załącznika nr 5 do rozporządzenia |
| 30 | | 5.10.00.000019 7 | Kolonoskopia diagnostyczna - SOK | punkt | 462 | x | |
| 31 | | 5.10.00.000019 8 | 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 histopatologicznego |
| 32 | | 5.10.00.000019 9 | 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 histopatologicznego |
| 33 | | 5.10.00.000020 0 | Gastroskopia diagnostyczna (w przypadku wskazań obejmuje test ureazowy) - SOK | punkt | 254 | x | |
| 34 | | 5.10.00.000020 1 | Gastroskopia diagnostyczna z biopsją - uwzględnia 1 | punkt | 318 | x | badanie hist.-pat. zdefiniowane jako badanie tkanki lub tkanek pobranych z jednej lokalizacji i |

| | | | | | | | | |
|----|--|--|---------------------|--|-------|-----|---|---|
| | | | | badanie hist.-pat - SOK | | | | przekazanych do pracowni hist.-pat. w postaci jednej opisanej próbki, wymagającej oddzielnego przebadania i postawienia rozpoznania histopatologicznego |
| 35 | | | 5.10.00.000020 2 | 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 histopatologicznego |
| 36 | | | 5.10.00.000020 3 | Znieczulenie całkowite dożylne – SOK | punkt | 273 | x | - 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, |
| 37 | | | 5.10.00.000020 4 | Konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego - SOK | punkt | 119 | x | - do sumowania z produktami: 5.10.00.0000192, 5.10.00.0000197, 5.10.00.0000198, 5.10.00.0000199, 5.10.00.0000200, 5.10.00.0000201, 5.10.00.0000202, 5.10.00.0000206, 5.10.00.0000207, 5.10.00.0000208, 5.10.00.0000209, 5.10.00.0000210, 5.10.00.0000211, 5.10.00.0000212, 5.10.00.0000213 , 5.10.00.0000214, |

| | | | | | | | |
|----|--|---------------------|---|-------------------------|------|---|--|
| | | | | | | | 5.10.00.0000215, 5.10.00.0000216, 5.10.00.0000217, - 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), - musi się odbyć co najmniej 2 dni przed datą wykonania badania endoskopowego |
| 38 | | 5.10.00.000017 5 | Badanie rodzinnej mutacji | punkt | 320 | x | rozliczanie z zgodnie z zasadami określonymi w poz. 33 załącznika nr 5 do rozporządzenia |
| 39 | | 5.10.00.000017 7 | 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 |
| 40 | | 5.10.00.000017 8 | Badanie niestabilności mikrosatelitarnej z tkanki - badanie genetyczne | Produkt statystyczny | 0 | x | |
| 41 | | 5.10.00.000017 9 | Badanie niestabilności mikrosatelitarnej z tkanki - badanie immunohistochemiczn e | Produkt statystyczny | 0 | x | |

| | | | | | | | |
|----|--|---------------------|---|----------------------|---|---|--|
| 42 | | 5.10.00.000018 0 | Badanie w kierunku wykrycia mutacji w genie APC wykonywane metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, sekwencjonowanie Sangera, MLPA): | Produkt statystyczny | 0 | x | |
| 43 | | 5.10.00.000018 1 | 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 | |
| 44 | | 5.10.00.000018 2 | Badania w kierunku wykrycia mutacji w genie STK11 wykonywane metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, sekwencjonowanie Sangera, MLPA) | Produkt statystyczny | 0 | x | |
| 45 | | 5.10.00.000018 3 | 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 | |
| 46 | | 5.10.00.000018 4 | Badanie w kierunku wykrycia mutacji w genie MUTYH | Produkt statystyczny | 0 | x | |

| | | | | | | | | |
|----|----------------|---|-----------------|---|----------------------|------|---|--|
| | | | | wykonywane metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, sekwencjonowanie Sangera, MLPA) | | | | |
| 47 | | | 5.10.00.0000185 | 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 | |
| 48 | 11.1212.162.02 | Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego o ryzyka zachorowania na raka jelita grubego lub raka błony śluzowej trzonu macicy - świadczenia diagnostyki genetycznej udzielane osobom do ukończenia 18 roku życia | 5.10.00.0000175 | Badanie rodzinnej mutacji | punkt | 320 | x | rozliczanie z zgodnie z zasadami określonymi w poz. 33 załącznika nr 5 do rozporządzenia |
| 49 | | | 5.10.00.0000177 | 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 |
| 50 | | | 5.10.00.0000178 | Badanie niestabilności mikrosatelitarnej z tkanki - badanie genetyczne | Produkt statystyczny | 0 | x | |
| 51 | | | 5.10.00.0000179 | Badanie niestabilności mikrosatelitarnej z tkanki - badanie immunohistochemiczne | Produkt statystyczny | 0 | x | |

| | | | | | | | |
|----|--|---------------------|---|----------------------|---|---|--|
| 52 | | 5.10.00.000018 0 | Badanie w kierunku wykrycia mutacji w genie APC wykonywane metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, sekwencjonowanie Sangera, MLPA): | Produkt statystyczny | 0 | x | |
| 53 | | 5.10.00.000018 1 | 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 | |
| 54 | | 5.10.00.000018 2 | Badania w kierunku wykrycia mutacji w genie STK11 wykonywane metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, sekwencjonowanie Sangera, MLPA) | Produkt statystyczny | 0 | x | |
| 55 | | 5.10.00.000018 3 | 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 | |

| | | | | | | | | |
|----|----------------|---|---------------------|---|----------------------|-----|---|--|
| 56 | | | 5.10.00.000018 4 | Badanie w kierunku wykrycia mutacji w genie MUTYH wykonywane metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, sekwencjonowanie Sangera, MLPA) | Produkt statystyczny | 0 | x | |
| 57 | | | 5.10.00.000018 5 | 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 | |
| 58 | 11.1212.030.02 | Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na siatkówczaka lub chorobę von Hippel-Lindau (VHL) | 5.10.00.000018 8 | 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. 34 załącznika nr 5 do rozporządzenia |
| 59 | | | 5.10.00.000017 1 | 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 |
| 60 | | | 5.10.00.000020 5 | Świadczenie specjalistyczne 1-go typu | punkt | 70 | x | rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000011 określoną zarządzeniu w rodzaju |

| | | | | | | | |
|----|--|--|---------------------|---|-------|-----|---|
| | | | | | | | ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 34 załącznika nr 5 do rozporządzenia |
| 61 | | | 5.10.00.000018 9 | Świadczenie specjalistyczne 2-go typu | punkt | 119 | x |

| | | | | | | | |
|----|--|---------------------|--|-------|------|---|--|
| 68 | | 5.10.00.000021 2 | MR dwóch odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego | punkt | 730 | x | |
| 69 | | 5.10.00.000021 3 | MR trzech odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego | punkt | 1028 | x | |
| 70 | | 5.10.00.000021 4 | MR dwóch odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | punkt | 1110 | x | |
| 71 | | 5.10.00.000021 5 | MR trzech odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | punkt | 1407 | x | |
| 72 | | 5.10.00.000021 6 | TK: innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego | punkt | 257 | x | |
| 73 | | 5.10.00.000021 7 | TK: innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym | punkt | 556 | x | |
| 74 | | 5.10.00.000018 6 | Badanie mutacji w genie RB1 | punkt | 1231 | x | rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 34 załącznika nr 5 do rozporządzenia |
| 75 | | 5.10.00.000018 7 | Badanie mutacji w genie VHL | punkt | 400 | x | rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 34 załącznika nr 5 do rozporządzenia |
| 76 | | 5.10.00.000022 1 | Znieczulenie całkowite dożylnie – do tomografii komputerowej - SOK | punkt | 248 | x | - do sumowania ze świadczeniami tomografii komputerowej (TK). - kryteria kwalifikacji do świadczeń tomografii komputerowej (TK) w znieczuleniu zostały określone w załączniku nr 7 do rozporządzenia, - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12, |

| | | | | | | | | |
|----|--|--|---------------------|--|-------|-----|---|---|
| 77 | | | 5.10.00.000022 2 | Znieczulenie całkowite dożylne – do rezonansu magnetycznego - SOK | punkt | 367 | x | - do sumowania ze świadczeniami rezonansu magnetycznego (RM), - kryteria kwalifikacji do świadczeń rezonansu magnetycznego (RM) w znieczuleniu zostały określone w załączniku nr 7 do rozporządzenia, - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12, |
| 78 | | | 5.10.00.000020 4 | Konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego - SOK | punkt | 119 | x | - do sumowania z produktami: 5.10.00.0000192, 5.10.00.0000197, 5.10.00.0000198, 5.10.00.0000199, 5.10.00.0000200, 5.10.00.0000201, 5.10.00.0000202, 5.10.00.0000206, 5.10.00.0000207, 5.10.00.0000208, 5.10.00.0000209, 5.10.00.0000210, 5.10.00.0000211, 5.10.00.0000212, 5.10.00.0000213 , 5.10.00.0000214, 5.10.00.0000215, 5.10.00.0000216, 5.10.00.0000217, - 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) - musi się odbyć co najmniej 2 dni przed datą wykonania badania endoskopowego |
| 79 | 11.1212.163.02 | Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na siatkówczaka lub chorobę von Hippel-Lindau (VHL) - świadczenia diagnostyki genetycznej udzielane osobom do ukończenia 18 roku życia | 5.10.00.000018 6 | Badanie mutacji w genie RB1 | punkt | 1231 | x | rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 34 załącznika nr 5 do rozporządzenia |
| 80 | | | 5.10.00.000018 7 | Badanie mutacji w genie VHL | punkt | 400 | x | rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 34 załącznika nr 5 do rozporządzenia |

Wykaz antybiotyków podawanych dożylnie w leczeniu mukowiscydozy rozliczanych w ramach świadczeń domowej antybiotykoterapii dożylniej

Amikacin (roztwór do wstrzykiwań i infuzji) 0,25 g
Amikacin (roztwór do wstrzykiwań i infuzji) 0,5 g
Amikacin (roztwór do wstrzykiwań i infuzji) 1,0 g
Amoxicillin + clavulanic acid (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v. i wlewu i.v.) acid 0,5 g + 0,1 g
Amoxicillin + clavulanic acid (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v. i wlewu i.v.) acid 1 g + 0,2 g
Amoxicillin + clavulanic acid (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v. i wlewu i.v.) acid 2 g + 0,2 g
Cefepime (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,5 g
Cefepime (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 1 g
Cefepime (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 2 g
Cefoperazone + sulbactam (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,5 g + 0,5 g
Cefoperazone + sulbactam (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 1 g + 1 g
Cefotaxime (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,5 g
Cefotaxime (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 1g
Cefotaxime (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 2 g
Ceftazidime (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,25 g
Ceftazidime (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,5 g
Ceftazidime (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 1 g
Ceftazidime (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 2 g
Ceftriaxone (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,25 g
Ceftriaxone (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 1,0 g
Ceftriaxone (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 2,0 g
Ciprofloxacin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 0,1g/50ml
Ciprofloxacin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 0,2g/100ml
Ciprofloxacin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 0,4g/200ml
Ciprofloxacin (koncentrat do sporządzania roztworu Infuzyjnego) 100mg/10ml
Ciprofloxacin (koncentrat do sporządzania roztworu Infuzyjnego) 200mg/20ml
Clindamycin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 0,3g/2ml
Clindamycin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 0,6g/4ml
Clindamycin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 0,9g/6ml
Cloxacillin (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,5 g
Cloxacillin (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 1,0 g
Colistin (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,5 mln j.m.

Colistin (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 1 mln j.m.
Colistin (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 1,5 mln j.m.
Colistin (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 2 mln j.m.
Gentamicin (roztwór do wstrzykiwań i.v. oraz wlewu kroplowego) 40mg/1ml
Gentamicin (roztwór do wstrzykiwań i.v. oraz wlewu kroplowego) 80mg/2ml
Imipenem (proszek do sporz. roztworu do wlewu i.v.) 0,5 g
Linezolid (roztwór do infuzji) 0,6g/300ml
Meropenem (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,5 g
Meropenem (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 1,0 g
Netilmicin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 50mg / 2ml
Netilmicin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 200mg / 2ml
Piperacillin (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 1,0 g
Piperacillin (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 2,0 g
Piperacillin + tazobactam (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 2,0 g + 0,25 g
Piperacillin + tazobactam (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 4,0 g + 0,5 g
Quinupristin + dalfopristin (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,35 g + 0,15 g
Teicoplanin (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,1 g
Teicoplanin (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,2 g
Teicoplanin (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,4 g
Ticarcillin + clavulanic acid (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v. i wlewu i.v.) 1,5 g + 0,1 g
Ticarcillin + clavulanic acid (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v. i wlewu i.v.) 3,0 g + 0,2 g
Tobramycin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 20 mg / 2 ml
Tobramycin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 40 mg / 2 ml
Tobramycin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 80 mg / 2 ml
Tobramycin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 3 mg / 1 ml
Tobramycin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 1 mg / 1 ml
Vancomycin (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,5 g
Vancomycin (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 1 g

Uzasadnienie

Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenie 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.).

Niniejszą regulacją, wprowadza się następujące zmiany:

1) w załączniku nr 1 - *Domowa antybiotykoterapia dożylna* - wykreślono produkty rozliczeniowe dedykowane poszczególnym antybiotykom (60 pozycji), które zostały zastąpione jednym produktem rozliczeniowym "antybiotyk podawany dożylnie" (z wykazu antybiotyków określonych w załączniku nr 18).

Jednocześnie dodano załącznik nr 18 do zarządzenia, zawierający wykaz antybiotyków odpowiadających nazwom produktów wymienionych dotychczas w zakresie "Domowa antybiotykoterapia dożylna".

Zmiana ta ma charakter porządkujący i upraszczający w zakresie rozliczania świadczeń.

Powyższe zmiany przepisów mają zastosowanie do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 marca 2023 r.;

2) w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2674), wprowadzającej finansowanie z Funduszu Medycznego świadczeń udzielanych osobom do ukończenia 18. r. ż., związanych z diagnostyką genetyczną, modyfikacji uległ:

a) załącznik nr 1 określający *Katalog zakresów świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie* - utworzono nowy zakres skojarzony do zakresu „badania genetyczne” pod nazwą "badania genetyczne - świadczenia diagnostyki genetycznej udzielane osobom do ukończenia 18 roku życia", w którym są realizowane badania genetyczne dla dzieci,

b) załącznik nr 1b określający *Katalog zakresów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie - Kompleksowa opieka nad rodzinami z wysokim, dziedzicznie uwarunkowanym ryzykiem zachorowania na nowotwory* - utworzono zakresy skojarzone do wszystkich 3-ch obowiązujących zakresów dodając do nazw dotychczasowych zakresów określenie: "świadczenia diagnostyki genetycznej udzielane osobom do ukończenia 18 roku życia".

Powyższe zmiany przepisów mają zastosowanie do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 lutego 2023 r.;

3) w związku z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2022 r. poz. 2678), wprowadzono możliwość rozliczania badań tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego w całkowitym znieczuleniu dożylnym. W związku z powyższym, w załączniku nr 1b, utworzono nowe produkty rozliczeniowe, tj.:

a) "Znieczulenie całkowite dożylnie – do tomografii komputerowej - SOK", dedykowane realizacji badań tomografii komputerowej (TK),

b) "Znieczulenie całkowite dożylnie – do rezonansu magnetycznego - SOK", dedykowane realizacji badań rezonansu magnetycznego (RM).

Ponadto, w produkcie rozliczeniowym "*Konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego - SOK*", w części *Uwagi* określonej modyfikacji uległa treść uwag.

Powyższe zmiany przepisów mają zastosowanie do rozliczania świadczeń udzielanych od 4 stycznia 2023 r.

Zmiana w zakresie pkt 1 nie powoduje zwiększenia wydatków płatnika, natomiast skutek finansowy modyfikacji, w zakresie pkt 2 i 3 nie jest możliwy do oszacowania,

Projekt niniejszego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 787, z późn. zm.), został poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 7 dni. Okres ten został skrócony z uwagi na słuszny interes

stron. W ramach konsultacji projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Krajowa Izba Fizjoterapeutów, Naczelna Izba Aptekarska) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ww. ustawy. Większość zgłoszonych uwag nie dotyczyła przedmiotu zmian bądź miała charakter techniczny.

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 odpowiednio: od dnia 4 stycznia 2023r., od 1 lutego 2023r. oraz od 1 marca 2023r.