

**ZARZĄDZENIE NR 116/2022/DSOZ
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 16 września 2022 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 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.¹⁾) 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 odrębnie²⁾, załącznik nr 1b otrzymuje brzmienie określone w załączniku 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 września 2022 r.

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

**PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Bernard Waśko
wz. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2021 r. poz. 1292, 1559, 1773, 1834, 1981, 2105, 2120, 2232, 2270, 2427, 2469, z 2022 r. poz. 64, 91, 526, 583, 655, 807, 974, 1002, 1097, 1265, 1352, 1700 i 1855.

²⁾ 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.

Załącznik do zarządzenia Nr 116/2022/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 16 września 2022 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 obowiązującym 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			5.10.00.00001 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 załączni ka nr 5 do rozporządzenia, - możliwość sumowania świadczenia ze świadczeniem 5.10.00.0000170 lub 5.10.00.0000171
5			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
6			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 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 92	MR piersi	punkt	1036		x		do wykazania z innymi produktami albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady
8			5.10.00.00001 93	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
9			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
10			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
11			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
12			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
13			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
14			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

15			5.10.00.00001 75	Badanie rodzinnej mutacji	punkt	300		x		rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
16			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
17	11.1212.020. 02	Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego lub raka błony śluzowej trzonu macicy	5.10.00.00001 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 rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 33 załącznika nr 5 do rozporządzenia

18			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
19			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
20			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
21			5.10.00.00001 97	Kolonoskopia diagnostyczna - SOK	punkt	393		x	
22			5.10.00.00001 98	Kolonoskopia diagnostyczna z biopsją (z badaniem hist.-pat.) - SOK	punkt	525		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
23			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 histopatologicznego
24			5.10.00.00002 00	Gastroskopia diagnostyczna (w przypadku wskazań obejmuje test ureazowy) - SOK	punkt	158		x	
25			5.10.00.00002 01	Gastroskopia diagnostyczna z biopsją - uwzględnia 1 badanie hist.-pat - SOK	punkt	263		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
26			5.10.00.00002 02	Gastroskopia diagnostyczna z biopsją - uwzględnia 2 lub więcej badań hist.-pat.- SOK	punkt	329		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
27			5.10.00.0000203	Znieczulenie całkowite dożylne - SOK	punkt	273		x	<p>- 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> <p>- wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12</p>
28			5.10.00.0000204	Konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego - SOK	punkt	119		x	<p>- 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,</p>

									5.10.00.0000199, 5.10.00.0000200, 5.10.00.0000201, 5.10.00.0000202. - 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. 2020 r. poz. 940 z późn. zm)
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

29			5.10.00.00001 75	Badanie rodzinnej mutacji	punkt	320		x		rozliczanie z zgodnie z zasadami określonymi w poz. 33 załącznika nr 5 do rozporządzenia
30			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
31			5.10.00.00001 78	Badanie niestabilności mikrosatelitarnej z tkanki - badanie genetyczne	Produkt statystyczny	0		x		
32			5.10.00.00001 79	Badanie niestabilności mikrosatelitarnej z tkanki - badanie immunohistochemiczne	Produkt statystyczny	0		x		
33			5.10.00.00001 80	Badanie w kierunku wykrycia mutacji w genie APC wykonywane metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP,	Produkt statystyczny	0		x		

				sekwencjonowanie Sangera, MLPA):						
34			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		
35			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		

36			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		
37			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		

38			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	
39	11.1212.030. 02	Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na siatkówczaka lub chorobę von Hippel-Lindau (VHL)	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 rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 34 załącznika nr 5 do rozporządzenia

40			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
41			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
42			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
43			5.10.00.00002 06	MR głowy bez wzmocnienia kontrastowego	punkt	431		x	
44			5.10.00.00002 07	MR głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	punkt	811		x	
45			5.10.00.00002 08	MR jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez wzmocnienia kontrastowego	punkt	431		x	
46			5.10.00.00002 09	MR jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup bez wzmocnienia kontrastowego	punkt	620		x	

47			5.10.00.00002 10	MR jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	punkt	811		x		
48			5.10.00.00002 11	MR jednej okolicy anatomicznej innej niż odcinek kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	punkt	1000		x		
49			5.10.00.00002 12	MR dwóch odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	punkt	730		x		
50			5.10.00.00002 13	MR trzech odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	punkt	1028		x		
51			5.10.00.00002 14	MR dwóch odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	punkt	1110		x		

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

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 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.).

Postanowieniami zarządzenia nadano nowe brzmienie załącznikowi nr 1b do zarządzenia, określającemu Katalog zakresów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie - Kompleksowa opieka nad rodzinami z wysokim, dziedzicznie uwarunkowanym ryzykiem zachorowania na nowotwory.

Wprowadzona zmiana polega na stworzeniu możliwości sumowania wizyt kontrolnych ze świadczeniami o kodach: 5.10.00.0000189, 5.10.00.0000190, 5.10.00.0000191.

Pozwoli to na rozliczenie wykonania wielu badań jednego dnia, w ramach jednej wizyty pacjenta, co usprawni udzielanie świadczeń i zwiększy komfort pacjenta objętego opieką.

Ponadto, uporządkowano nazewnictwo produktów rozliczeniowych, dostosowując je do stosowanego w innych rodzajach świadczeń, w taki sposób aby nie budziło wątpliwości interpretacyjnych, jednocześnie doprecyzowując uwagi w załączniku 1b.

Zarządzenie nie stwarza dodatkowych kosztów dla płatnika publicznego.

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 żadnych uwag do projektu.

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 września 2022 r.