

**ZARZĄDZENIE NR 39/2024/DSOZ  
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 29 marca 2024 r.

**zmieniające zarządzenie w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** W zarządzeniu Nr 3/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych (z późn. zm.<sup>1)</sup>), wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 13 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Świadczeniodawca realizujący świadczenia w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej, w przypadku rozliczania świadczeń związanych z żywieniem dojelitowym, żywieniem pozajelitowym oraz hipotermią leczniczą, obowiązany jest do prowadzenia dokumentacji dodatkowej, zgodnie ze wzorami określonymi odpowiednio w **załącznikach nr 5a, 5b oraz 6a-6h** do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne. Dokumentację związaną z leczeniem żywieniowym lub monitorowaniem pacjenta podczas hipotermii leczniczej należy dołączyć do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.”;

2) w § 16 część wspólna otrzymuje brzmienie:

„- uprawnieni są świadczeniodawcy spełniający kryterium kompleksowości udzielanych świadczeń onkologicznych, realizujący w danym okresie rozliczeniowym świadczenia w zakresie diagnostycznych pakietów onkologicznych, chirurgicznego leczenia onkologicznego, radioterapii onkologicznej oraz chemioterapii lub spełniający warunek minimalnej liczby świadczeń zabiegowych, określony w załączniku nr 18 do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne dla grup J03F lub J03O, F32 lub F32O, F42 lub F42O, zrealizowanych w roku kalendarzowym poprzedzającym rok, w którym stosuje się rozliczenie świadczeń zabiegowych, wymienionych w pkt 1, 2 i 3.”;

3) załącznik nr 1on do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszego zarządzenia.

**§ 2.** 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.

**§ 3.** Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 kwietnia 2024 r.

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

**PREZES  
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Filip Nowak  
Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia  
*/dokument podpisany elektronicznie/*

---

<sup>1)</sup> Zmienionym zarządzeniem Nr 28/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 marca 2022, zarządzeniem Nr 58/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2022 r., zarządzeniem Nr 95/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 lipca 2022 r., zarządzeniem Nr 11/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 stycznia 2023 r., zarządzeniem Nr 37/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 lutego 2023 r., zarządzeniem Nr 92/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 czerwca 2023 r. oraz zarządzeniem Nr 157/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2023 r.

Katalog onkologicznych świadczeń kompleksowych																	
Lp.	Kod zakresu świadczenia	Nazwa zakresu świadczeń	Kod produktu rozliczeniowego	Kod grupy	Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość punktowa	Wartość punktowa hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacja planowa	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacji dzień przyjęcia = dzień wypisu - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa hospitalizacji 1- dniowej - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa hospitalizacji 2- dniowej - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja	Świadczenia wykonywane w try bie hospitalizacji	Świadczenia wykonywane w try bie ambulatoryjnym	Świadczenia wykonywane w try bie domowym	Uwagi dodatkowe
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Część I Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Piers)																	
1			5.51.01.0009052	J01G	Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej*		20 076	18 470	17				353	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - nie obejmuje profilaktycznej mastektomii
2			5.51.01.0009053	J01H	Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem protezy/ ekspandera*		10 038	9 235	17				353	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - nie obejmuje profilaktycznej mastektomii
3			5.51.01.0009002	J02	Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi*		6 613	6 084	18	6 084	6 260	6 437	353	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
4			5.51.01.0009050	J03E	Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż.*		4 546	4 182		4 182	4 303	4 425		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
5			5.51.01.0009051	J03F	Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż.*		3 838	3 531		3 531	3 633	3 736		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
6			5.51.01.0009056	J03O	Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*		5 719	5 261		5 261	5 414	5 566		x			grupa do rozliczenia przez podmioty realizujące leczenie onkologiczne w sposób kompleksowy lub spełniające warunki minimalnej liczby zabiegów określone w zał. nr 19 do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
7			5.51.01.0009054	J04G	Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanki własnej*		11 219	10 321						x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
8			5.51.01.0009055	J04H	Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem protezy/ ekspandera*		5 609	5 160		5 160	5 310	5 459		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
9			5.51.01.0009005	J05	Średnia chirurgia piersi*		1 417	1 304		1 304	1 342	1 379		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
10			5.51.01.0009006	J06	Mala chirurgia piersi*		650	598		598	615	633		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
11			5.51.01.0009008	J08	Choroby piersi złośliwe		2 067	1 901	8	620	1 102	1 585	236	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
12			5.51.01.0009010	J10	Biopsja mamentomiczna*		2 362	2 173						x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
13			5.51.01.0015018	Q18	Duże zabiegi na układzie limfatycznym *		3 896	3 584		3 584	3 688	3 792		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
14			5.51.01.0015019	Q19	Średnie zabiegi na układzie limfatycznym*		2 362	2 173		2 173	2 236	2 299		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
15			5.51.01.0015020	Q20	Małe zabiegi na układzie limfatycznym *		709	652		652	671	690		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
16			5.60.01.0000001	nd	Materiał onkologiczny duży	1 321								x			- można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
17			5.60.01.0000002	nd	Materiał śródoperacyjny	431								x			- można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
18			5.60.01.0000003	nd	Konsylium lekarskie	270								x	x		- obejmuje opracowanie indywidualnego planu leczenia onkologicznego oraz koordynację procesu leczenia przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, zgodnie z § 4a ust. 1a pkt 3 rozporządzenia szpitalnego oraz warunkami określonymi w ust. 3-5, w pozycji „Organizacja udzielania świadczeń”, w części 2 załącznika nr 3a do rozporządzenia szpitalnego, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
19			5.07.01.0000011	nd	Teleradioterapia	17 468								x	x		- cały cykl leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.247 Teleradioterapia 4D brankowana (4D-IGRT) — fotony, 92.248 Teleradioterapia 4D adaptacyjna brankowana (4D-AIGRT) — fotony, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
20			5.07.01.0000012	nd	Teleradioterapia 3D z modulacją intensywności dawki	16 389								x	x		- cały cykl leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.246 Teleradioterapia 3D z modulacją intensywności dawki (3D-IMRT) — fotony, 92.292 Teleradioterapia 3D sterowana obrazem (IGRT) z modulacją intensywności dawki (3D-RotIMRT) - fotony, 92.291 Teleradioterapia 3D sterowana obrazem (IGRT) realizowana w oparciu o implanty wewnętrzne - fotony, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita

21	5.07.01.0000013	nd	Teleradioterapia 3D - niekoplanarna z monitoringiem tomograficznym (3D-CRT)	14 899									x	x	- cały cykl leczenia, - monitoring tomograficzny co najmniej dwukrotnie w trakcie napromieniania, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.242 Teleradioterapia 3D konformalna sterowana obrazem (IGRT) — fotony, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
22	5.07.01.0000014	nd	Teleradioterapia 3D śródoperacyjna (3D-IORT)	6 114									x	x	- cały cykl leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.31 Śródoperacyjna teleradioterapia konformalna 3D (3D-IORT-ft), 92.32 Śródoperacyjna teleradioterapia konformalna 3D (3D-IORT-x)
23	5.07.01.0000023	nd	Teleradioterapia radykalna z planowaniem trójwymiarowym (3D)	11 560									x	x	- cały cykl leczenia; - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b; - obejmuje co najmniej jedną procedurę: 92.241 Teleradioterapia radykalna z planowaniem 3D — fotony, 92.251 Teleradioterapia radykalna z planowaniem 3D — elektrony, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
24	5.07.01.0000059	nd	Teleradioterapia paliatywna proces leczenia 1 frakcją	2 812									x	x	- cały cykl leczenia, - warunki określone w zał. Nr 3a, - obejmuje procedury: 92.223 Teleradioterapia paliatywna — promieniowanie X, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
25	5.07.01.0000060	nd	Teleradioterapia paliatywna frakcjonowana	3 551									x	x	- cały cykl leczenia, - warunki określone w zał. Nr 3a, - obejmuje procedury: 92.223 Teleradioterapia paliatywna — promieniowanie X, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
26	5.07.01.0000061	nd	Brachyterapia 3D "real time"	15 316									x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.414 Brachyterapia śródtkankowa - planowanie 3D pod kontrolą obrazowania, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
27	5.07.01.0000063	nd	Brachyterapia śródtkankowa w oparciu o planowanie 3D - aplikacje jednorazowe z podaniem wielu frakcji	13 001									x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.413 Brachyterapia śródtkankowa - planowanie 3D, - ICD-10 (w rozpoznaniu pierwotnym): C50 - Nowotwór złośliwy piersi, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
28	5.07.01.0000064	nd	Brachyterapia śródtkankowa w oparciu o planowanie 3d (boost)	7 739									x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.413 Brachyterapia śródtkankowa - planowanie 3D, - ICD-10 (w rozpoznaniu pierwotnym): C50 - Nowotwór złośliwy piersi, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
29	5.07.01.0000065	nd	Brachyterapia powierzchniowa oparta na planowaniu 3D	9 511									x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.452 Brachyterapia powierzchniowa - planowanie 3D, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
30	5.07.01.0000067	nd	Brachyterapia śródoperacyjna	9 557									x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.46 Brachyterapia śródoperacyjna, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
31	5.07.01.0000048	nd	Zakwaterowanie do teleradioterapii / protonoterapii	162										x	- za osobodzień, - obejmuje zapewnienie transportu w przypadku zakwaterowania świadczeniobiorcy poza podmiotem działalności leczniczej
32	5.07.01.0000070	nd	Zakwaterowanie do brachyterapii	162										x	- za osobodzień, - obejmuje zapewnienie transportu w przypadku zakwaterowania świadczeniobiorcy poza podmiotem działalności leczniczej
33	5.07.01.0000071	nd	Powtórne planowanie	0											- do sprawozdania w sytuacji stwierdzenia zmian topograficznych guza lub gdy ze względu na ubytek masy ciała zachodzi konieczność przygotowania więcej niż jednego planu leczenia, - możliwość sumowania ze świadczeniem bazowym zw. z naświetlaniem
34	5.52.01.0001423	nd	Wytworzenie stałego dostępu naczyniowego z wytworzeniem tunelu podskórnego przeznaczonego do użytku długoterminowego z hospitalizacją	1 352									x		- obejmuje koszt wyrobu medycznego (koszt cewnika tunelizowanego typu Broviack, Hickman, Groshong lub Leonard, - nie podlega rozliczeniu użycie cewnika centralnego typu Certofix, Cavafix.
35	5.52.01.0001440	nd	Hospitalizacja do teleradioterapii / terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku > 17 r.ż.	352									x		- za osobodzień, - do rozliczenia wyłącznie w dniach związanych z planowaniem i leczeniem radioterapią
36	5.52.01.0001468	nd	Teleradioterapia/ brachyterapia i terapia izotopowa / terapia protonowa nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku - w trybie ambulatoryjnym	0											
37	5.52.01.0001499	nd	Hospitalizacja do teleradioterapii / terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku < 18 r.ż.- w oddziale onkologii i hematologii dziecięcej	545									x		- za osobodzień, - do rozliczenia wyłącznie w dniach związanych z planowaniem radioterapii lub leczeniem radioterapią
38	5.52.01.0001504	nd	Hospitalizacja do chemioradioterapii > 18 r.ż.	469									x		- za osobodzień, - do rozliczenia w dniach związanych z leczeniem skojarzonym nowotworów - zastosowanie u pacjenta podczas jednoczasowej chemioterapii i radioterapii u tego samego świadczeniodawcy, kiedy między pierwszym a ostatnim dniem hospitalizacji do radioterapii nastąpi podanie substancji czynnej w określonych dniach z zachowaniem przerw terapeutycznych zależnych od schematu leczenia, - można sumować z produktami radioterapii oraz z produktami z zał. 1c, 1m i 1n

39	03.42.40.010.02	Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-1)	5.52.01.0001511	nd	Badanie genetyczne materiału archiwalnego	0								x		- do rozliczenia wyłącznie z produktem: 5.53.01.0005001 lub 5.53.01.0005002 lub 5.53.01.0005003, w sytuacji konieczności modyfikacji ustalonego planu leczenia, - konieczność sprawozdania pierwotnej daty pobrania materiału do badań, - realizowane w trybie ambulatoryjnym, - zgodnie z § 26 pkt 21 zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
40			5.52.01.0001554	nd	Hospitalizacja do brachyterapii	399								x		- za osobodzień, - do rozliczenia wyłącznie w dniach związanych z planowaniem lub leczeniem radioterapią lub leczeniem skutków ubocznych radioterapii lub diagnostyką związaną z leczeniem radioterapią
41			5.52.01.0001555	nd	Hospitalizacja jednodniowa do brachyterapii	199								x		do rozliczenia również w sytuacji, w której obecność pacjenta jest niezbędna w procesie planowania
42			5.52.01.0001556	nd	Hospitalizacja jednodniowa do teleradioterapii	176								x		do rozliczenia również w sytuacji, w której obecność pacjenta jest niezbędna w procesie planowania
43			5.52.01.0001566	nd	Usunięcie stałego dostępu naczyniowego z wytworzonym tunelem podskórnym przeznaczanego do użytku długoterminowego z hospitalizacją	1 139								x		
44			5.52.01.0000035	nd	Implantacja portu naczyniowego z hospitalizacją	2 974								x		- obejmuje koszt wyrobu medycznego (portu), - wymagane wskazanie procedury 86.07 oraz rozpoznania zasadniczego wskazującego na przyczynę udzielenia świadczenia
45			5.52.01.0000036	nd	Usunięcie portu naczyniowego z hospitalizacją	1 592								x		
46			5.52.01.0001537	nd	Hospitalizacja świadczeniobiorcy onkologicznego świadczenia kompleksowego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.	0								x		
47			5.60.01.0000018	nd	Opieka psychologiczna - etap leczenia choroby nowotworowej	74								x	x	możliwość sumowania z produktem rozliczeniowym związanym z rozliczeniem kosztów hospitalizacji
48			5.11.02.9200001	ROKO	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach stacjonarnych	220								x		- zgodnie z kryteriami kwalifikacji określonymi w rozporządzeniu rehabilitacyjnym, - czas realizacji świadczenia ustalany indywidualnie przez lekarza, - realizacja obejmuje cykl 10 dni zabiegowych lub 20 dni zabiegowych (jednorazowo), - można sumować z produktem 5.53.01.0001649 z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
49			5.11.02.9200002	nd	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w oddziale dziennym	88								x		zakres świadczeń obejmuje procedury ICD-9: 93.1139, 93.12, 93.1202, 93.1204, 93.1205, 93.1304, 93.1305, 93.1401, 93.1812, 93.1903, 93.1907, 93.1909, 93.3301, 93.3801, 93.3808, 93.3812, 93.3816, 93.3818, 93.3821, 93.3827, 93.3831, 93.3985, 93.3912, 93.3916, 93.3918, 93.3981, 93.3987, 93.3999
50			5.11.00.0000008	nd	Porada lekarska rehabilitacyjna w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych	30								x		świadczenie rozliczane zgodnie z warunkami określonymi w zarządzeniu w rodzaju rehabilitacja lecznicza
51			5.11.00.0000009	nd	Porada lekarska rehabilitacyjna kompleksowa w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych	66								x		obejmuje co najmniej 1 procedurę diagnostyczną obrazową ICD-9: 04.14, 04.19, 87.22-87.29, 87.431, 87.433, 88.11, 88.21-24, 88.26-29, 88.33, 88.37, 88.793-798, 88.981, 88.983, lub co najmniej 2 procedury diagnostyczne laboratoryjne ICD-9: A01,A19, C53, C59, G49, I81, L11, L69, M18, M45, O75, O77, O87, O89, O91, S21, S23, S27, S29, S31, 91.831
52			5.11.00.0000010	nd	Wizyta fizjoterapeutyczna w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych	26,35								x		świadczenie rozliczane zgodnie z warunkami określonymi w zarządzeniu w rodzaju rehabilitacja lecznicza
53			5.11.00.0000011	nd	indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie mniej niż 30 min. w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych	36,49								x		- konieczność przekazania w raporcie statystycznym kodów ICD-9 odpowiednich do realizacji świadczeń, - świadczeniobiorcy przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów fizjoterapeutycznych dziennie, zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu rehabilitacyjnym, możliwych do rozliczenia za pomocą produktów rozliczeniowych o kodach 5.11.00.0000011, 5.11.00.0000012, 5.11.00.0000013
54			5.11.00.0000012	nd	masaż suchy - częściowy - minimum 20 minut na jednego pacjenta, w tym min. 15 minut czynnego masażu, masaż limfatyczny ręczny, masaż podwodny w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych	18,25								x		- konieczność przekazania w raporcie statystycznym kodów ICD-9 odpowiednich do realizacji świadczeń, - realizacja obejmuje 20 min. na jednego pacjenta, w tym 15 min. czynnego masażu, - możliwość rozliczenia krotności produktu (max. 60 min. czynnego masażu na jednego pacjenta), - świadczeniobiorcy przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów fizjoterapeutycznych dziennie, zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu rehabilitacyjnym, możliwych do rozliczenia za pomocą produktów rozliczeniowych o kodach 5.11.00.0000011, 5.11.00.0000012, 5.11.00.0000013
55			5.11.00.0000013	nd	pozostałe zabiegi fizjoterapeutyczne w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych	8,55								x		- konieczność przekazania w raporcie statystycznym kodów ICD-9 odpowiednich do realizacji świadczeń, - świadczeniobiorcy przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów fizjoterapeutycznych dziennie, zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu rehabilitacyjnym możliwych do rozliczenia za pomocą produktów rozliczeniowych o kodach 5.11.00.0000011, 5.11.00.0000012, 5.11.00.0000013
56			5.11.01.0000077	nd	Żywienie dojelitowe w rehabilitacji	108										za każdy dzień żywienia
57			5.11.01.0000080	nd	Kompletne żywienie pozajelitowe w rehabilitacji	216										za każdy dzień żywienia
58			5.32.00.0000020	nd	Diagnostyka wstępna - nowotwory piersi	369								x		świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
59			5.33.00.0000014	nd	Diagnostyka pogłębiona - nowotwory piersi	417								x		świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
60			5.60.01.0000004	nd	biopsja gruboigłowa (oligobiopsja) - badanie materiału z piersi (guz), węzeł chłonny	559								x		- obejmuje ocenę pobranego materiału oraz barwienia HC oraz iHC, - do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej albo pogłębionej
61			5.31.00.0000022	Z22	Z22 Świadczenia zabiegowe - grupa 22	2309								x		- świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, - do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej albo pogłębionej, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady
62			5.60.01.0000017	nd	Opieka psychologiczna - etap diagnostyki choroby nowotworowej	160								x		- obejmuje pełną opiekę psychologiczną na etapie diagnostyki choroby nowotworowej w zakresie określonym w załączniku nr 4 (lp. 48 i 57) do rozporządzenia szpitalnego, - produkt rozliczany jest tylko raz w stosunku do danego świadczeniobiorcy
63			5.60.01.0000016	nd	Inna konsultacja specjalistyczna w kompleksowej opiece onkologicznej	68								x		dotyczy konsultacji specjalistycznych przeprowadzonych przez lekarzy specjalistów w innych dziedzinach medycyny niż wskazane w części 2 załącznika 3a do rozporządzenia szpitalnego
64			5.03.00.0000126	nd	MR badanie piersi	773								x		- w ramach diagnostyki nowotworu piersi: do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej albo pogłębionej, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady, - w ramach monitorowania: do wykazania z innymi produktami albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady.
65			5.10.00.0000103	nd	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy I	2 795								x		- z zastosowaniem radiofarmaceutyku 18FDG, - do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej albo pogłębionej, albo z innymi produktami rozliczeniowymi, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady

66			5.10.00.0000104	nd	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy II	4 142								x		- z zastosowaniem innych radiofarmaceutyków we wskazaniach onkologicznych, - do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej lub pogłębionej albo z innymi produktami rozliczeniowymi, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady
67			5.31.00.0000100	Z100	Z100 Świadczenia zabiegowe - grupa 100	41								x	x	rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie procedur ICD-9 właściwych dla onkologicznych świadczeń kompleksowych.
68			5.60.01.0000015	nd	Pobyt diagnostyczny	150							x	x		- można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - zgodnie z § 19 pkt 13 i 14 zarządzenia
69			5.05.00.0000106	nd	Znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 1	172								x		- świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: badania tomografii komputerowej (TK) w ramach pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębionej,  - kryteria kwalifikacji do świadczeń tomografii komputerowej (TK) w znieczuleniu: 1) wiek do 12 roku życia włącznie lub 2) wiek do 18 roku życia oraz rozpoznanie według klasyfikacji ICD-10: F90, R44, lub 3) nasilony przebieg zaburzeń lękowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD 10: F40 - F41, lub 4) brak współpracy pacjenta z personelem medycznym z powodu nasilenia objawów w przebiegu zaburzeń psychicznych lub rozwojowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD-10: F00 - F07, F20 - F25, F28 - F31, F71 - F73, F84, lub 5) zaburzenia ruchowe o nasileniu utrudniającym przeprowadzenie badania (drżenia typu płaswiczego lub parkinsonowskiego), - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12
70			5.05.00.0000107	nd	Znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 2	270								x		- świadczenie do sumowania z produktem rozliczeniowym: 5.03.00.0000126, - świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: badania rezonansu magnetycznego (MR) w ramach pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębionej,  - kryteria kwalifikacji do świadczeń rezonansu magnetycznego (MR) w znieczuleniu: 1) wiek do 12 roku życia włącznie lub 2) wiek do 18 roku życia oraz rozpoznanie według klasyfikacji ICD-10: F90, R44, lub 3) nasilony przebieg zaburzeń lękowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD 10: F40 - F41, lub 4) brak współpracy pacjenta z personelem medycznym z powodu nasilenia objawów w przebiegu zaburzeń psychicznych lub rozwojowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD-10: F00 - F07, F20 - F25, F28 - F31, F71 - F73, F84, lub 5) zaburzenia ruchowe o nasileniu utrudniającym przeprowadzenie badania (drżenia typu płaswiczego lub parkinsonowskiego) - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12
71			5.05.00.0000105	nd	Konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego	75								x		- świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: badania tomografii komputerowej (TK) w ramach pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębionej, - świadczenie do sumowania z produktem rozliczeniowym: 5.03.00.0000126, - świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: badania rezonansu magnetycznego (MR) w ramach pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębionej,  - kryteria kwalifikacji do świadczeń tomografii komputerowej (TK) lub rezonansu magnetycznego (RM) w znieczuleniu określono przy produktach: 5.05.00.0000106 Znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 1 i 5.05.00.0000107 Znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 2,  - 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. z 2022 r. poz. 392, z późn. zm.)
72			5.30.00.0000001	W01	W01 Świadczenie pohospitalizacyjne	48								x		świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
73			5.30.00.0000002	W02	W02 Świadczenie receptowe	11								x		świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
74			5.30.00.0000011	W11	W11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu	44								x		rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
75			5.30.00.0000012	W12	W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu	75								x		rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
76			5.30.00.0000013	W13	W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu	133								x		rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
77			5.30.00.0000014	W14	W14 Świadczenie specjalistyczne 4-go typu	172								x		rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
78			5.30.00.0000015	W15	W15 Świadczenie specjalistyczne 5-go typu	56								x		rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
79			5.30.00.0000017	W17	W17 Świadczenie specjalistyczne 7-go typu	104								x		rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
80			5.60.01.0000019	nd	Opieka psychologiczna - etap monitorowania choroby nowotworowej	74								x		możliwość wykazania maksymalnie 5 produktów
81			5.03.00.0000020	nd	scyntygrafia całego ciała (układ kostny)	388								x		Obejmuje procedury ICD-9 92.141 Scyntygrafia trójfazowa odcinka układu kostnego z zastosowaniem fosfonianów lub 92.142 Scyntygrafia jednofazowa odcinkaukładu kostnego z zastosowaniem fosfonianów, lub 92.143 Scyntygrafia układu kostnego metodą SPECT albo SPECT CT, lub 92.144 Scyntygrafia całego układu kostnego (metoda „whole body”) z zastosowaniemfosfonianów, lub 92.149 Scyntygrafia układu kostnego – inne
82			5.03.00.0000013	nd	limfoscyntygrafia	323								x		92.162 Scyntygraficzna ocena położenia węzła wartowniczego
Część II Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG)																
83			5.51.01.0006031	F31	Kompleksowe zabiegi jelita grubego*		15 056		32			353	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne

84		5.51.01.0006032	F32	Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego*		6 554	6 030	30	6 030	6 205	6 379	295	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
85		5.51.01.0006113	F32O	Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*		13 436	12 361	30	12 361	12 719	13 078	295	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - grupa do rozliczenia przez podmioty realizujące leczenie onkologiczne w sposób kompleksowy lub spełniające warunki minimalnej liczby zabiegów określone w zał. nr 19 do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
86		5.51.01.0006037	F34	Średnie i endoskopowe zabiegi przewodu pokarmowego*		1 299	1 195		1 195	1 230	1 264		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
87		5.51.01.0006036	F36	Choroby jelita grubego		2 835	2 608		1 418	1 890	2 363		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
88		5.51.01.0006042	F42	Duże zabiegi jamy brzusznej*		7 085	6 519	27	6 519	6 708	6 896	353	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
89		5.51.01.0006114	F42O	Duże zabiegi jamy brzusznej w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*		16 225	14 927	27	14 927	15 360	15 792	353	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - grupa do rozliczenia przez podmioty realizujące leczenie onkologiczne w sposób kompleksowy lub spełniające warunki minimalnej liczby zabiegów określone w zał. nr 19 do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
90		5.51.01.0006103	F43E	Średnie i endoskopowe lecznicze zabiegi jamy brzusznej > 65 r.ż.*		3 431	3 157		3 157	3 248	3 340		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
91		5.51.01.0006104	F43F	Średnie i endoskopowe lecznicze zabiegi jamy brzusznej < 66 r.ż.*		2 776	2 554		2 554	2 628	2 702		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
92		5.51.01.0006107	F86E	Choroby wyrostka robaczkowego > 65 r.ż.		2 697	2 482		1 349	1 798	2 248		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
93		5.51.01.0006108	F86F	Choroby wyrostka robaczkowego < 66 r.ż.		1 890	1 739		946	1 261	1 575		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
94		5.51.01.0006093	F93	Średnie zabiegi odbytu*		1 393	1 282						x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
95		5.51.01.0006094	F94	Małe zabiegi odbytu i odbytnicy*		531	489						x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
96		5.51.01.0006096	F96	Choroby odbytu		2 421	2 227		1 211	1 614	2 018		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
97		5.51.01.0015019	Q19	Średnie zabiegi na układzie limfatycznym*		2 362	2 173		2 173	2 236	2 299		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
98		5.60.01.0000003	nd	Konsylium lekarskie	270								x	x		- obejmuje opracowanie indywidualnego planu leczenia onkologicznego oraz koordynację procesu leczenia przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, zgodnie z § 4a ust. 1a pkt 3 rozporządzenia szpitalnego oraz warunkami określonymi w ust. 2-3, w pozycji „Organizacja udzielania świadczeń”, w części 3 załącznika nr 3a do rozporządzenia szpitalnego, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
99		5.60.01.0000013	nd	Materiał pooperacyjny	1 500								x			- można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - można rozliczyć, gdy materiał do badania patomorfologicznego został pobrany w trakcie realizacji świadczeń zdefiniowanych przez następujące grupy JGP z katalogu 1on: F31; F32; F32O;F42; F42O; F93
100		5.07.01.0000011	nd	Teleradioterapia	17 468								x	x		- cały cykl leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.247 Teleradioterapia 4D bramkowana (4D-IGRT) — fotony, 92.248 Teleradioterapia 4D adaptacyjna bramkowana (4D-AIGRT) — fotony, 92.256 Teleradioterapia 4D bramkowana (4D-IGRT) — elektrony, 92.257 Teleradioterapia 4D adaptacyjna bramkowana (4D-AIGRT) — elektrony, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
101		5.07.01.0000012	nd	Teleradioterapia 3D z modulacją intensywności dawki	16 389								x	x		- cały cykl leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.246 Teleradioterapia 3D z modulacją intensywności dawki (3D-IMRT) — fotony, 92.292 Teleradioterapia 3D sterowana obrazem (IGRT) z modulacją intensywności dawki (3D-RotIMRT) - fotony, 92.291 Teleradioterapia 3D sterowana obrazem (IGRT) realizowana w oparciu o implanty wewnętrzne - fotony, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
102		5.07.01.0000013	nd	Teleradioterapia 3D - niekoplanarna z monitoringiem tomograficznym (3D-CRT)	14 899								x	x		- cały cykl leczenia, - monitoring tomograficzny co najmniej dwukrotnie w trakcie napromieniania, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.242 Teleradioterapia 3D konformalna sterowana obrazem (IGRT) — fotony, 92.252 Teleradioterapia 3D konformalna z monitoringiem tomograficznym (3D-CRT) — elektrony, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
103		5.07.01.0000058	nd	Teleradioterapia 3D - całego ciała (TBI) lub połowy ciała (HBI) lub skóry całego ciała	19 768								x	x		- cały cykl leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.249 Teleradioterapia szpiku lub układu chłonnego całego ciała (TMI) - fotony, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita

104	5.07.01.0000023	nd	Teleradioterapia radykalna z planowaniem trójwymiarowym (3D)	11 560								x	x	- cały cykl leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.241 Teleradioterapia radykalna z planowaniem 3D — fotony, 92.251 Teleradioterapia radykalna z planowaniem 3D — elektrony, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
105	5.07.01.0000059	nd	Teleradioterapia paliatywna proces leczenia 1 frakcją	2 812								x	x	- cały cykl leczenia, - warunki określone w zał. Nr 3a, - obejmuje procedury: 92.223 Teleradioterapia paliatywna — promieniowanie X, 92.233 Teleradioterapia paliatywna z zastosowaniem 60Co — promieniowanie gamma, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
106	5.07.01.0000060	nd	Teleradioterapia paliatywna frakcjonowana	3 551								x	x	- cały cykl leczenia, - warunki określone w zał. Nr 3a, - obejmuje procedury: 92.223 Teleradioterapia paliatywna — promieniowanie X, 92.233 Teleradioterapia paliatywna z zastosowaniem 60Co — promieniowanie gamma, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
107	5.07.01.0000048	nd	Zakwaterowanie do teleradioterapii / protonoterapii	162									x	- za osobodzień, - obejmuje zapewnienie transportu w przypadku zakwaterowania świadczeniobiorcy poza podmiotem działalności leczniczej
108	5.07.01.0000056	nd	Teleradioterapia stereotaktyczna	14 571								x	x	- zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.261 Teleradioterapia 3D stereotaktyczna z modulacją intensywności dawki (3D-SIMRT) — fotony, 92.263 Teleradioterapia 3D stereotaktyczna konformalna (3D-SCRT) — fotony, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
109	5.07.01.0000062	nd	Brachyterapia śródtkankowa/śródmaciczna w oparciu o planowanie 3D - aplikacje wielorazowe z podaniem jednej frakcji w trakcie jednej aplikacji	20 877								x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.413 Brachyterapia śródtkankowa - planowanie 3D, 92.432 Brachyterapia wewnątrznaczniowa - planowanie 3D, - ICD-10 (w rozpoznaniu pierwotnym): C20 - Nowotwór złośliwy odbytnicy, C21 - Nowotwór złośliwy odbytu i kanału odbytu, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
110	5.07.01.0000063	nd	Brachyterapia śródtkankowa w oparciu o planowanie 3D - aplikacje jednorazowe z podaniem wielu frakcji	13 001								x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.413 Brachyterapia śródtkankowa - planowanie 3D, - ICD-10 (w rozpoznaniu pierwotnym): C20 - Nowotwór złośliwy odbytnicy, C21 - Nowotwór złośliwy odbytu i kanału odbytu, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
111	5.07.01.0000065	nd	Brachyterapia powierzchniowa oparta na planowaniu 3D	9 511								x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.452 Brachyterapia powierzchniowa - planowanie 3D, - ICD-10 (w rozpoznaniu pierwotnym): C20 - Nowotwór złośliwy odbytnicy, C21 - Nowotwór złośliwy odbytu i kanału odbytu, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
112	5.07.01.0000067	nd	Brachyterapia śródoperacyjna	9 557								x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.46 Brachyterapia śródoperacyjna, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
113	5.07.01.0000052	nd	Brachyterapia z planowaniem 3D ze wszczepieniem stałych źródeł izotopowych	1								x	x	- rozliczenie świadczenia na podstawie specyfikacji kosztowej, - cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.411 Trwałe wszczepienie źródeł radioizotopowych
114	5.07.01.0000069	nd	Brachyterapia oparta o planowanie 2D	4 458								x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.410 Wlew koloidalnego radioizotopu do jam ciała, 92.412 Brachyterapia śródtkankowa- planowanie standardowe, 92.421 Brachyterapia wewnątrznaczniowa - planowanie standardowe, 92.431 Brachyterapia wewnątrznaczniowa - planowanie standardowe, 92.451 Brachyterapia powierzchniowa - planowanie standardowe, - lokalizacja: nowotwory, których napromienianie następuje w oparciu o planowanie 2D, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
115	5.07.01.0000070	nd	Zakwaterowanie do brachyterapii	162									x	- za osobodzień, - obejmuje zapewnienie transportu w przypadku zakwaterowania świadczeniobiorcy poza podmiotem działalności leczniczej
116	5.07.01.0000071	nd	Powtórne planowanie	0										- do sprawozdania w sytuacji stwierdzenia zmian topograficznych guza lub gdy ze względu na ubytek masy ciała zachodzi konieczność przygotowania więcej niż jednego planu leczenia, - możliwość sumowania ze świadczeniem bazowym zw. z naświetlaniem
117	5.52.01.0001423	nd	Wytworzenie stałego dostępu naczyniowego z wytworzeniem tunelu podskórnego przeznaczonego do użytku długoterminowego z hospitalizacją	1 352								x		- obejmuje koszt wyrobu medycznego (koszt cewnika tunelizowanego typu Broviack, Hickman, Groshong lub Leonard, - nie podlega rozliczeniu użycie cewnika centralnego typu Certofix, Cavafix.
118	5.52.01.0001440	nd	Hospitalizacja do teleradioterapii / terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku > 17 r.ż.	352								x		- za osobodzień, - do rozliczenia wyłącznie w dniach związanych z planowaniem i leczeniem radioterapią
119	5.52.01.0001468	nd	Teleradioterapia/ brachyterapia i terapia izotopowa / terapia protonowa nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku - w trybie ambulatoryjnym	0										

120	03.42.  Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacj	5.52.01.0001499	nd	Hospitalizacja do teleradioterapii / terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku < 18 r.ż.- w oddziale onkologii i hematologii dziecięcej	545								x			- za osobodzień, - do rozliczenia wyłącznie w dniach związanych z planowaniem radioterapii lub leczeniem radioterapią	
121		5.52.01.0001504	nd	Hospitalizacja do chemioradioterapii > 18 r.ż.	469								x			- za osobodzień, - do rozliczenia w dniach związanych z leczeniem skojarzonym nowotworów - zastosowanie u pacjenta podczas jednoczasowej chemioterapii i radioterapii u tego samego świadczeniodawcy, kiedy między pierwszym a ostatnim dniem hospitalizacji do radioterapii nastąpi podanie substancji czynnej w określonych dniach z zachowaniem przerw terapeutycznych zależnych od schematu leczenia, - można sumować z produktami radioterapii oraz z produktami z zał. 1c, 1m i 1n	
122		5.52.01.0001511	nd	Badanie genetyczne materiału archiwalnego	0									x			- do rozliczenia wyłącznie z produktem: 5.53.01.0005001 lub 5.53.01.0005002 lub 5.53.01.0005003, w sytuacji konieczności modyfikacji ustalonego planu leczenia, - konieczność sprawozdania pierwotnej daty pobrania materiału do badań, - realizowane w trybie ambulatoryjnym, - zgodnie z § 26 pkt 21 zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
123		5.52.01.0001554	nd	Hospitalizacja do brachyterapii	399									x			- za osobodzień, - do rozliczenia wyłącznie w dniach związanych z planowaniem lub leczeniem radioterapią lub leczeniem skutków ubocznych radioterapii lub diagnostyką związaną z leczeniem radioterapią
124		5.52.01.0001555	nd	Hospitalizacja jednodniowa do brachyterapii	199									x			do rozliczenia również w sytuacji, w której obecność pacjenta jest niezbędna w procesie planowania
125		5.52.01.0001556	nd	Hospitalizacja jednodniowa do teleradioterapii	176									x			do rozliczenia również w sytuacji, w której obecność pacjenta jest niezbędna w procesie planowania
126		5.52.01.0000035	nd	Implantacja portu naczyniowego z hospitalizacją	2 974									x			- obejmuje koszt wyrobu medycznego (portu), - wymagane wskazanie procedury 86.07 oraz rozpoznania zasadniczego wskazującego na przyczynę udzielenia świadczenia
127		5.52.01.0000036	nd	Usunięcie portu naczyniowego z hospitalizacją	1 592									x			
128		5.52.01.0001533	nd	Chemioterapia dootrzewnowa w hipertermii (HIPEC)	26 515									x			- obejmuje wszystkie koszty: zabiegu, zestawu do chemioterapii dootrzewnowej, cytostatyku oraz hospitalizacji
129		5.52.01.0001537	nd	Hospitalizacja świadczeniobiorcy onkologicznego świadczenia kompleksowego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.	0									x			
130		5.52.01.0001566	nd	Usunięcie stałego dostępu naczyniowego z wytworzonym tunelem podskórnym przeznaczanego do użytku długoterminowego z hospitalizacją	1 139									x			
131		5.60.01.0000018	nd	Opieka psychologiczna - etap leczenia choroby nowotworowej	74									x	x		możliwość sumowania z produktem rozliczeniowym związanym z rozliczeniem kosztów hospitalizacji
132		5.32.00.0000006	nd	diagnostyka wstępna – nowotwory dolnego odcinka układu pokarmowego	554										x		świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
133		5.33.00.0000004	nd	diagnostyka pogłębiona – nowotwory dolnego odcinka układu pokarmowego	669										x		świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
134		5.60.01.0000017	nd	Opieka psychologiczna - etap diagnostyki choroby nowotworowej	160										x		- obejmuje pełną opiekę psychologiczną na etapie diagnostyki choroby nowotworowej w zakresie określonym w załączniku nr 4 (lp. 48 i 57) do rozporządzenia szpitalnego, - produkt rozliczany jest tylko raz w stosunku do danego świadczeniobiorcy
135		5.60.01.0000016	nd	Inna konsultacja specjalistyczna w kompleksowej opiece onkologicznej	68										x		dotyczy konsultacji specjalistycznych przeprowadzonych przez lekarzy specjalistów w innych dziedzinach medycyny niż wskazane w części 3 załącznika 3a do rozporządzenia szpitalnego
136		5.10.00.0000103	nd	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy I	2 795										x		- z zastosowaniem radiofarmaceutyku 18FDG, 18F-NaF, - do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej lub pogłębionej albo z innymi produktami rozliczeniowymi, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady
137		5.10.00.0000104	nd	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy II	4 142										x		- z zastosowaniem innych radiofarmaceutyków: 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, - do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej lub pogłębionej albo z innymi produktami rozliczeniowymi, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady
138		5.31.00.0000100	Z100	Z100 Świadczenia zabiegowe - grupa 100	41										x	x	rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie procedur ICD-9 właściwych dla onkologicznych świadczeń kompleksowych.
139		5.51.01.0021001	Z01	Kompleksowa diagnostyka onkologiczna*		3 517	3 517							x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - zgodnie z § 19 pkt 15 zarządzenia
140		5.60.01.0000015	nd	Pobyt diagnostyczny	150									x	x		- można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - zgodnie z § 19 pkt 13 i 14 zarządzenia
141		5.05.00.0000106	nd	Znieczulenie całkowite dożyłne - kategoria 1	172											x	



142		5.05.00.0000107	nd	Znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 2	270									x	- świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: badania rezonansu magnetycznego (MR) w ramach pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębionej, - świadczenie do sumowania z badaniami rezonansu magnetycznego (MR) w ramach produktów rozliczeniowych: 5.03.00.0000076, 5.03.00.0000079, 5.03.00.0000102, 5.03.00.0000122, 5.03.00.0000103, 5.03.00.0000123, 5.03.00.0000105, - kryteria kwalifikacji do świadczeń rezonansu magnetycznego (MR) w znieczuleniu: 1) wiek do 12 roku życia włącznie lub 2) wiek do 18 roku życia oraz rozpoznanie według klasyfikacji ICD-10: F90, R44, lub 3) nasilony przebieg zaburzeń lękowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD 10: F40 - F41, lub 4) brak współpracy pacjenta z personelem medycznym z powodu nasilenia objawów w przebiegu zaburzeń psychicznych lub rozwojowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD-10: F00 - F07, F20 - F25, F28 - F31, F71 - F73, F84, lub 5) zaburzenia ruchowe o nasileniu utrudniającym przeprowadzenie badania (drżenia typu płaświczego lub parkinsonowskiego), - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12
143		5.05.00.0000105	nd	Konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego	75									x	- świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: 45.231, 45.253, 45.239, 45.42 w ramach odpowiedniego pakietu diagnostyki wstępnej albo pogłębionej, - świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: badania tomografii komputerowej (TK) w ramach pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębionej, - świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: badania rezonansu magnetycznego (MR) w ramach pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębionej, - świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: 45.231, 45.253, 45.239, 45.42 w ramach produktów rozliczeniowych: 5.06.00.0000902, 5.06.00.0000903, 5.03.00.0000042, - świadczenie do sumowania z badaniami tomografii komputerowej (TK) w ramach produktów: 5.03.00.0000070, 5.03.00.0000095, 5.03.00.0000071, 5.03.00.0000096, 5.03.00.0000115, 5.03.00.0000097, 5.03.00.0000116, 5.03.00.0000073, 5.03.00.0000117, 5.03.00.0000099, 5.03.00.0000086, - świadczenie do sumowania z badaniami rezonansu magnetycznego (MR) w ramach produktów rozliczeniowych: 5.03.00.0000076, 5.03.00.0000079, 5.03.00.0000102, 5.03.00.0000122, 5.03.00.0000103, 5.03.00.0000123, 5.03.00.0000105,  - kryteria kwalifikacji do świadczeń tomografii komputerowej (TK) lub rezonansu magnetycznego (MR) w znieczuleniu określono przy produktach rozliczeniowych: 5.05.00.0000106 znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 1 i 5.05.00.0000107 znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 2,  - 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. z 2022 r. poz. 392, z późn. zm.)
144		5.30.00.0000001	W01	W01 Świadczenie pohospitalizacyjne	48									x	świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
145		5.30.00.0000002	W02	W02 Świadczenie receptowe	11									x	świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
146		5.30.00.0000011	W11	W11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu	44									x	rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
147		5.30.00.0000012	W12	W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu	75									x	rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
148		5.30.00.0000013	W13	W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu	133									x	rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
149		5.06.00.0000902	nd	kolonoskopia diagnostyczna	325									x	
150		5.06.00.0000903	nd	kolonoskopia diagnostyczna z biopsją (z badaniem hist.-pat.)	468									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
151		5.03.00.0000042	nd	kolonoskopia z polipektomią jednego lub więcej polipów o średnicy do 1 cm, za pomocą pętli diatermicznej (z badaniem hist.-pat.)	1018									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
152		5.03.00.0000070	nd	TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego	192									x	
153		5.03.00.0000095	nd	TK: innej okolicy anatomicznej ze wzmocnieniem kontrastowym	320									x	
154		5.03.00.0000071	nd	TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	415									x	
155		5.03.00.0000096	nd	TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego	233									x	
156		5.03.00.0000115	nd	TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego	274									x	
157		5.03.00.0000097	nd	TK: badanie dwóch okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym	436									x	
158		5.03.00.0000116	nd	TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym	481									x	
159		5.03.00.0000073	nd	TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	491									x	
160		5.03.00.0000117	nd	TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	564									x	
161		5.03.00.0000099	nd	TK innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	424									x	
162		5.03.00.0000086	nd	TK: wirtualna kolonoskopia u pacjentów, u których warunki anatomiczne uniemożliwiają wykonanie kolonoskopii tradycyjnej	413									x	
163		5.03.00.0000076	nd	MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup bez wzmocnienia kontrastowego	463									x	
164		5.03.00.0000079	nd	MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż odcinek kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	746									x	
165		5.03.00.0000102	nd	MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	685									x	
166		5.03.00.0000122	nd	MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	767									x	
167		5.03.00.0000103	nd	MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	969									x	
168		5.03.00.0000123	nd	MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1050									x	

169			5.03.00.0000105	nd	MR badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	773								x		
170			5.60.01.0000019	nd	Opieka psychologiczna - etap monitorowania choroby nowotworowej	74								x		możliwość wykazania maksymalnie 5 produktów

(\*) oznaczenie grup o charakterze zabiegowym

Warunki rozliczenia produktów rozliczeniowych

Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś)

J Choroby piersi

J01G Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej\*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur J02kon, procedury z listy procedur J04G oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon

J01H Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem protezy/ ekspandera\*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur J02kon, procedury z listy procedur J04Hkon oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon

J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi\*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur J02kon i rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon

J02kon ICD-9

- 85.261 Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych bez centralizacji kompleksu brodawka - otoczka piersiowa lub z centralizacją
- 85.432 Zmodyfikowana radykalna mastektomia
- 85.433 Prosta mastektomia z wycięciem regionalnych węzłów chłonnych
- 85.451 Usunięcie piersi, mięśnia piersiowego, regionalnych węzłów chłonnych [pachowych, pod i nadobojczykowych]
- 85.452 Radykalna odjęcie piersi BNO
- 85.46 Obustronne radykalne odjęcie piersi
- 85.471 Wycięcie piersi, mięśnia piersiowego, regionalnych węzłów chłonnych [pachowych, nadobojczykowych, piersiowych wewnętrznych, śródpiersiowych]
- 85.472 Poszerzona radykalna amputacja piersi BNO
- 85.48 Obustronne poszerzone radykalne odjęcie piersi

J03E Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż.\*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur J03Ekon i rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J03Ekon; wiek > 65 r.ż.

lub

wymagane wskazanie procedury 85.22 Resekcja kwadrantu piersi lub 85.269 Wycięcie guza piersi – BCT - inne; rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon; wiek > 65 r.ż.

J03Ekon ICD-9

- 85.312 Jednostronna zmniejszająca mammaplastyka
- 85.411 Mastektomia - inna
- 85.412 Mastektomia całkowita
- 85.421 Obustronne proste odjęcie piersi
- 85.422 Obustronne całkowite odjęcie piersi
- 85.431 Poszerzona prosta mastektomia - inna

J03Ekon ICD-10

- C50.0 Nowotwór złośliwy (brodawka i otoczka brodawki sutkowej)
- C50.1 Nowotwór złośliwy (centralna część sutka)
- C50.2 Nowotwór złośliwy (ćwiartka górna wewnętrzna sutka)
- C50.3 Nowotwór złośliwy (ćwiartka dolna wewnętrzna sutka)
- C50.4 Nowotwór złośliwy (ćwiartka górna zewnętrzna sutka)
- C50.5 Nowotwór złośliwy (ćwiartka dolna zewnętrzna sutka)
- C50.6 Nowotwór złośliwy (część pachowa sutka)
- C50.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice sutka)
- C50.9 Nowotwór złośliwy (sutek, nieokreślony)
- C79.8 Wtórny nowotwór złośliwy innych określonych umiejscowień
- D05.0 Rak zrazikowy in situ
- D05.1 Rak wewnątr przeprowodowy in situ
- D05.7 Inny rak sutka in situ
- D05.9 Rak in situ sutka, nieokreślony

J03F Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż.\*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur J03Ekon i rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J03Ekon; wiek < 66 r.ż.

lub

wymagane wskazanie procedury 85.22 Resekcja kwadrantu piersi lub 85.269 Wycięcie guza piersi – BCT - inne; rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon; wiek < 66 r.ż.

J03O Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.ż. w rozpoznaniach nowotworów złośliwych\*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur J03Ekon i rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J03O; wiek < 66 r.ż.

lub

wymagane wskazanie procedury 85.22 Resekcja kwadrantu piersi lub 85.269 Wycięcie guza piersi – BCT - inne; rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J03O; wiek < 66 r.ż.

ICD-10

- C50.0 Nowotwór złośliwy (brodawka i otoczka brodawki sutkowej)
- C50.1 Nowotwór złośliwy (centralna część sutka)
- C50.2 Nowotwór złośliwy (ćwiartka górna wewnętrzna sutka)

C50.3 Nowotwór złośliwy (ćwiartka dolna wewnętrzna sutka)  
C50.4 Nowotwór złośliwy (ćwiartka górna zewnętrzna sutka)  
C50.5 Nowotwór złośliwy (ćwiartka dolna zewnętrzna sutka)  
C50.6 Nowotwór złośliwy (część pachowa sutka)  
C50.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice sutka)  
C50.9 Nowotwór złośliwy (sutek, nieokreślony)

**J04G Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanki własnej\***  
*wymagane wskazanie procedury z listy procedur J04G i rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J03Ekon*

**ICD-9**  
85.842 Rekonstrukcja piersi płatem skórno-mięśniowym uszypułowanym  
85.851 Rekonstrukcja piersi płatem skórno-mięśniowym wolnym z połączeniem mikrochirurgicznym  
85.88 Rekonstrukcja piersi płatem skórno-mięśniowym wolnym/ uszypułowanym z protezą piersiową

**J04H Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem protezy/ ekspandera\***  
*wymagane wskazanie procedury z listy procedur J04Hkon i rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J03Ekon*

**J04Hkon ICD-9**  
85.33 Jednostronna podskórna mammektomia/ wszczep  
85.35 Obustronna podskórna mammektomia/ wszczep  
85.531 Jednostronne wszczepienie protezy piersiowej  
85.55 Wymiana ekspandera na endoprotezę piersiową  
85.71 Całkowita rekonstrukcja piersi  
85.72 Obustronna całkowita rekonstrukcja piersi  
85.95 Wprowadzenie ekspandera do piersi  
85.97 Wszczepienie ekspanderoprotezy piersiowej

**J05 Średnia chirurgia piersi\***  
*wymagane wskazanie procedury z listy procedur J05kon i rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J03Ekon*

**J05kon ICD-9**  
85.22 Resekcja kwadrantu piersi  
85.314 Jednostronna symetryzacja piersi zdrowej  
85.87 Rekonstrukcja lub zabieg naprawczy brodawki sutkowej - inne  
85.94 Usunięcie wszczepu piersi

**J06 Mała chirurgia piersi\***  
*wymagane wskazanie procedury 85.114 Przeskórna gruboigłowa biopsja piersi – celowana i rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J03Ekon*

**J08 Choroby piersi złośliwe**  
*wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon*

**J08kon ICD-10**  
C50.0 Nowotwór złośliwy (brodawka i otoczka brodawki sutkowej)  
C50.1 Nowotwór złośliwy (centralna część sutka)  
C50.2 Nowotwór złośliwy (ćwiartka górna wewnętrzna sutka)  
C50.3 Nowotwór złośliwy (ćwiartka dolna wewnętrzna sutka)  
C50.4 Nowotwór złośliwy (ćwiartka górna zewnętrzna sutka)  
C50.5 Nowotwór złośliwy (ćwiartka dolna zewnętrzna sutka)  
C50.6 Nowotwór złośliwy (część pachowa sutka)  
C50.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice sutka)  
C50.9 Nowotwór złośliwy (sutek, nieokreślony)  
C79.8 Wtórny nowotwór złośliwy innych określonych umiejscowień  
C80 – Nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia (w szczególności nowotwór piersi ze zmianami umiejscowionymi jedynie w pachowych lub nadobojczykowych węzłach chłonnych)  
D05.0 Rak zrazikowy in situ  
D05.1 Rak wewnątrzprzewodowy in situ  
D05.7 Inny rak sutka in situ  
D05.9 Rak in situ sutka, nieokreślony

**J10 Biopsja mammotomiczna \***  
*wymagane wskazanie procedury z listy procedur J10; czas pobytu < 5 dni*

**ICD-9**  
85.131 Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią pod kontrolą USG  
85.132 Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią stereotaktyczna

**Q18 Duże zabiegi na układzie limfatycznym\***  
*wymagane wskazanie procedury z listy Q18kon oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon*

**Q18kon ICD-9**  
40.31 poszerzenie wycięcie regionalnych węzłów chłonnych  
40.32 wycięcie regionalnych węzłów chłonnych wraz z drenowanym segmentem skóry, tkanki podskórnej i tłuszczowej  
40.51 doszczętne wycięcie pachowych węzłów chłonnych

**Q19 Średnie zabiegi na układzie limfatycznym\***  
*wymagane wskazanie procedury 40.12 wycięcie węzła wartowniczego oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon*

**Q20 Małe zabiegi na układzie limfatycznym**  
*wymagane wskazanie procedury z listy procedur Q20kon; czas pobytu < 5 dni*

**Q20kon ICD-9**

40.10 Biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych)  
40.23 Wycięcie pachowego węzła chłonnego

**ROKO - Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach stacjonarnych**

*wymagane wskazanie:*  
*minimum 3 procedur ICD-9 dziennie z listy dodatkowej ROKOa*  
*minimum 2 procedur ICD-9 dziennie z listy dodatkowej ROKOb oraz ROKOc*  
*rozpoznania zasadniczego z listy dodatkowej ROKOd*  
*lub*  
*minimum 3 procedur ICD-9 dziennie z listy dodatkowej ROKOa*  
*minimum 2 procedur ICD-9 dziennie z listy dodatkowej ROKOb oraz ROKOc*  
*rozpoznania zasadniczego z listy dodatkowej ROKOd*  
*rozpoznania współlistniejącego z listy rozpoznań określonej w załączniku nr 3b do zarządzenia REH*

Listy dodatkowe

- ROKOa**  
93.1139 Inne ćwiczenia z udziałem fizjoterapeuty  
93.1202 Ćwiczenia czynne wolne  
93.1204 Ćwiczenia samowspomagane  
93.1205 Ćwiczenia czynne w odciążeniu  
93.1304 Ćwiczenia izotoniczne  
93.1305 Ćwiczenia izokinetyczne  
93.1401 Ćwiczenia jednopłaszczyznowe kilku stawów na przyrządach  
93.1812 Czynnne ćwiczenia oddechowe  
93.1903 Ćwiczenia sprawności manualnej  
93.1907 Ćwiczenia zespołowe  
93.1909 Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne  
93.3301 Kąpiel wirowa kończyn górnych  
93.3801 Metody reedukacji nerwowo - mięśniowej  
93.3808 Metody neurofizjologiczne - metoda PNF  
93.3812 Plastrowanie dynamiczne/Kinesiology Taping/  
93.3816 Metody terapii manualnej - metoda Cyriaxa  
93.3818 Metody terapii manulanej - metoda Kaltenborna - Evjenta  
93.3821 Metody terapii manualnej - metoda Maitlanda  
93.3827 Metody terapii manuanlej - inne  
93.3831 Ćwiczenia specjalne  
93.3912 Masaż klasyczny - częściowy  
93.3916 Masaż pneumatyczny  
93.3918 Masaż inny  
93.3981 Inne kąpiele  
93.3985 Masaż wibracyjny  
93.3987 Drenaż limfatyczny ogólny  
93.3999 Zabiegi fizjoterapeutyczne - inne

- ROKOb**  
89.01 Profilaktyka i promocja zdrowia  
89.08 Inna konsultacja

- ROKOc**  
94.08 Testy/ocena psychologiczna - inna  
94.335 Trening autogenny  
94.336 Terapia behawioralno-relaksacyjna - inne formy  
94.36 Psychoterapia w formie zabaw  
94.37 Psychoterapia integrująca  
94.39 Psychoterapia indywidualna - inne  
94.44 Terapia grupowa - inne  
94.49 Inne poradnictwo

- ROKOd**  
I97.2 Zespół obrzęku chłonnego po usunięciu sutka  
I97.8 Inne pozabiegowe zaburzenia funkcji układu krążenia, niesklasyfikowane gdzie indziej  
I97.9 Pozabiegowe zaburzenia funkcji układu krążenia, nieokreślone  
C50.0 Brodawka i otoczka brodawki sutka  
C50.1 Centralna część sutka  
C50.2 Ćwiartka górna wewnętrzna sutka  
C50.3 Ćwiartka dolna wewnętrzna sutka  
C50.4 Ćwiartka górna zewnętrzna sutka  
C50.5 Ćwiartka dolna zewnętrzna sutka  
C50.6 Część pachowa sutka  
C50.8 Zmiana przekraczająca granice sutka  
C50.9 Sutek, nieokreslony  
C79.8 Wtórny nowotwór złośliwy innych określonych umiejscowień  
D05.0 Rak zrazikowy in situ  
D05.1 Rak wewnątrzprzewodowy in situ  
D05.7 Inny rak sutka in situ  
D05.9 Rak in situ sutku, nieokreślony

**AOS - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi**

**Z22 Świadczenia zabiegowe - grupa 22**

*na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna*

**Z100 Świadczenia zabiegowe - grupa 100**

*na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczn, w zakresie procedur ICD-9 właściwych dla onkologicznych świadczeń kompleksowych*

**W01 Świadczenie pohospitalizacyjne**

*na warunkach obowiązujących w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna*

**W02 Świadczenie receptowe**

*na warunkach obowiązujących w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna*

**W11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu**

*na warunkach obowiązujących w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna*

**W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu**

*na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna*

**W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu**

*na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna*

**W14 Świadczenie specjalistyczne 4-go typu**

*na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna*

**W15 Świadczenie specjalistyczne 5-go typu**

*na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna*

**W17 Świadczenie specjalistyczne 7-go typu**

*na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna*

**Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG)**

**F31 Kompleksowe zabiegi jelita grubego\***

*wymagane wskazanie procedury z listy procedur F31kon oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F32kon*

**F31kon ICD-9**

- 45.711 Mnogie resekcje segmentalne urazowo zmienionego jelita grubego
- 45.732 Prawostronna radykalna kolektomia
- 45.733 Hemikolektomia prawostronna
- 45.74 Resekcja poprzecznicy
- 45.75 Hemikolektomia lewostronna
- 45.8 Totalna śródbrzuszna kolektomia
- 45.952 Wytworzenie zbiornika jelitowego (J, H, S) z zespoleniem jelita cienkiego z odbytem
- 48.5 Brzuszo-kroczoza amputacja odbytnicy
- 48.61 Przekrzyżowe wycięcie odbytnicy/ esicy
- 48.62 Przednia resekcja odbytnicy z wytworzeniem kolostomii
- 48.63 Przednia resekcja odbytnicy - inna
- 48.64 Tylna resekcja odbytnicy

**F32 Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego\***

*wymagane wskazanie procedury z listy procedur F32kon oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F32kon*

**F32kon ICD-9**

- 45.431 Endoskopowa ablacja guza jelita grubego
- 45.52 Wyizolowanie segmentu jelita grubego
- 45.719 Mnogie resekcje segmentalne jelita grubego - inne
- 45.721 Wycięcie kątnicy i końcowego odcinka jelita krętego
- 45.729 Wycięcie kątnicy - inne
- 45.731 Ileokolektomia
- 45.76 Sigmoidektomia
- 45.799 Częściowe wycięcie jelita grubego - inne
- 45.93 Zespolenie jelito cienkie-jelito grube – inne
- 45.94 Zespolenie jelito grube-jelito grube



45.951 Zespolenie do odbytu  
46.011 Ileostomia pętlowa  
46.032 Kolostomia pętlowa  
46.11 Czasowa kolostomia  
46.13 Stała kolostomia  
46.14 Odłożone otwarcie kolostomii  
46.19 Kolostomia - inna  
46.43 Rewizja przetoki jelita grubego - inna  
48.1 Wytworzenie przetoki odbytniczej  
48.491 Brzuszo kroczoowa resekcja odbytnicy pull-through  
48.691 Częściowe wycięcie odbytnicy  
48.692 Resekcja odbytnicy BNO  
49.6 Wycięcie odbytu

F32kon ICD-10

C18.0 Nowotwór złośliwy (jelito ślepe)  
C18.2 Nowotwór złośliwy (okrężnica wstępująca)  
C18.3 Nowotwór złośliwy (zgięcie wątrobowe)  
C18.4 Nowotwór złośliwy (okrężnica poprzeczna)  
C18.5 Nowotwór złośliwy (zgięcie śledzionowe)  
C18.6 Nowotwór złośliwy (okrężnica zstępująca)  
C18.7 Nowotwór złośliwy (esica)  
C18.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice okrężnicy)  
C18.9 Nowotwór złośliwy (okrężnica, nieokreślona)  
C19 Nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego  
C20 Nowotwór złośliwy odbytnicy  
C21.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice odbytu i kanału odbytu)  
D01.0 Rak in situ (okrężnica)  
D01.1 Rak in situ (zgięcie esiczo-odbytnicze)  
D01.2 Rak in situ (odbytnica)  
D37.4 Nowotwór o nieokreślonym charakterze (okrężnica)  
D37.5 Nowotwór o nieokreślonym charakterze (odbytnica)

F32O Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego w rozpoznaniach nowotworów złośliwych\*  
wymagane wskazanie procedury z listy procedur F32kon oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F32O

F32O ICD-10

C18.0 Nowotwór złośliwy (jelito ślepe)  
C18.2 Nowotwór złośliwy (okrężnica wstępująca)  
C18.3 Nowotwór złośliwy (zgięcie wątrobowe)  
C18.4 Nowotwór złośliwy (okrężnica poprzeczna)  
C18.5 Nowotwór złośliwy (zgięcie śledzionowe)  
C18.6 Nowotwór złośliwy (okrężnica zstępująca)  
C18.7 Nowotwór złośliwy (esica)  
C18.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice okrężnicy)  
C18.9 Nowotwór złośliwy (okrężnica, nieokreślona)  
C19 Nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego  
C20 Nowotwór złośliwy odbytnicy  
C21.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice odbytu i kanału odbytu)

F34 Średnie i endoskopowe zabiegi przewodu pokarmowego\*  
wymagane wskazanie procedury z listy procedur F34kon oraz rozpoznania zasadniczego z listy F32kon lub F86Ekon lub F96kon; czas pobytu < 5 dni

F34kon ICD-9

45.22 Endoskopia jelita grubego przez przetokę  
45.251 Zamknięta biopsja jelita grubego z bliżej nieokreślonego miejsca  
45.252 Pobranie materiału przez wyszczoteczkanie lub wypłukanie jelita grubego  
45.253 Kolonoskopia z biopsją  
45.42 Endoskopowe wycięcie polipa jelita grubego  
45.439 Endoskopowe zniszczenie innych zmian lub tkanek jelita grubego - inne  
45.49 Zniszczenie zmiany jelita grubego - inne  
48.23 Procto-sigmoidoskopia sztywnym wziernikiem

lub  
wymagane wskazanie procedury 45.231 Fiberokolonoskopia lub 45.24 Fiberosigmoidoskopia; procedury z listy dodatkowej F1oraz rozpoznania zasadniczego z listy F32kon lub F86Ekon lub F96kon; czas pobytu < 5 dni

F36 Choroby jelita grubego  
wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F32kon

F42 Duże zabiegi jamy brzusznej\*  
wymagane wskazanie procedury z listy procedur F42kon oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F42kon

F42kon ICD-9

54.121 Laparotomia przez ranę operacyjną w celu opanowania krwotoku  
54.123 Laparotomia przez ranę operacyjną w celu nacięcia krwiaka  
54.4 Wycięcie/ zniszczenie tkanek otrzewnowej  
54.511 Usunięcie zrostów otrzewnowych dróg żółciowych metodą otwartą  
54.512 Uwolnienie otrzewnowych zrostów jelitowych metodą otwartą  
54.513 Uwolnienie zrostów otrzewnowych wątroby metodą otwartą  
54.514 Uwolnienie zrostów otrzewnowych otrzewnej miednicy metodą otwartą  
54.515 Uwolnienie zrostów otrzewnowych otrzewnej metodą otwartą  
54.516 Uwolnienie zrostów otrzewnowych śledziony metodą otwartą  
54.517 Uwolnienie zrostów otrzewnowych macicy metodą otwartą  
54.73 Operacja naprawcza otrzewnej - inne

54.741 Zeszycie sieci  
54.742 Przeszczep sieci  
54.743 Omentopeksja  
54.744 Odprowadzenie skrętu sieci  
54.751 Plikacja krezki  
54.752 Ufiksowanie krezki  
54.94 Wytworzenie połączenia otrzewnowo-naczyniowego

F42kon ICD-10

- C18.0 Nowotwór złośliwy (jelito ślepe)
- C18.1 Nowotwór złośliwy (wrostek robaczkowy)
- C18.2 Nowotwór złośliwy (okrężnica wstępująca)
- C18.3 Nowotwór złośliwy (zgięcie wątrobowe)
- C18.4 Nowotwór złośliwy (okrężnica poprzeczna)
- C18.5 Nowotwór złośliwy (zgięcie śledzionowe)
- C18.6 Nowotwór złośliwy (okrężnica zstępująca)
- C18.7 Nowotwór złośliwy (esica)
- C18.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice okrężnicy)
- C18.9 Nowotwór złośliwy (okrężnica, nieokreślona)
- C19 Nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego
- C20 Nowotwór złośliwy odbytnicy
- C21.1 Nowotwór złośliwy (kanał odbytu)
- C21.2 Nowotwór złośliwy (strefa kloakogenna)
- C21.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice odbytu i kanału odbytu)

F42O Duże zabiegi jamy brzusznej w rozpoznaniach nowotworów złośliwych\*  
wymagane wskazanie procedury z listy procedur F42kon oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F42kon

F43E Średnie i endoskopowe lecznicze zabiegi jamy brzusznej > 65 r.ż.\*  
wymagane wskazanie procedury z listy procedur F43Ekon oraz rozpoznania zasadniczego z listy F32kon lub F86Ekon lub F96kon;  
wiek > 65r.ż.

F43Ekon ICD-9

- 54.11 Laparotomia zwiadowcza
- 54.19 Laparotomia - inna
- 54.21 Laparoscopia
- 54.956 Nakłucie otrzewnej – punkcja obarczająca

F43F Średnie i endoskopowe lecznicze zabiegi jamy brzusznej < 66r.ż.\*  
wymagane wskazanie procedury z listy procedur F43Ekon oraz rozpoznania zasadniczego z listy F32kon lub F86Ekon lub F96kon;  
wiek < 66r.ż.

F86E Choroby wyrostka robaczkowego > 65r.ż.  
wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F86Ekon; wiek > 65r.ż.

F86Ekon ICD-10

- C18.1 Nowotwór złośliwy (wrostek robaczkowy)

F86F Choroby wyrostka robaczkowego < 66r.ż.  
wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F86Ekon; wiek < 66r.ż.

F93 Średnie zabiegi odbytu\*  
wymagane wskazanie procedury z listy procedur F93kon oraz rozpoznania zasadniczego z listy F32kon lub F96kon

F93kon ICD-9

- 48.1 Wytworzenie przetoki odbytniczej
- 48.31 Radykalna elektrokoagulacja zmiany odbytnicy
- 48.32 Elektrokoagulacja zmiany odbytnicy - inna
- 48.691 Częściowe wycięcie odbytnicy
- 48.692 Resekcja odbytnicy BNO

F94 Male zabiegi odbytu i odbytnicy\*  
wymagane wskazanie procedury z listy procedur F94kon oraz rozpoznania zasadniczego z listy F32kon lub F96kon; czas pobytu < 5 dni

F94kon ICD-9

- 48.22 Wziernikowanie odbytnicy/esicy przez przetokę
- 48.33 Zniszczenie zmiany odbytnicy laserem
- 48.34 Kriochirurgiczne zniszczenie zmiany odbytnicy
- 48.35 Miejscowe wycięcie zmiany odbytnicy
- 48.36 Endoskopowe usunięcie polipa odbytnicy
- 49.03 Wycięcie polipowatej wyrośli odbytu
- 49.31 Endoskopowe wycięcie/ zniszczenie zmiany/ tkanki odbytu
- 49.39 Miejscowe wycięcie/ zniszczenie zmiany/ tkanki odbytu - inne

F96 Choroby odbytu  
wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F96kon

F96kon ICD-10

- C21.1 Nowotwór złośliwy (kanał odbytu)
- C21.2 Nowotwór złośliwy (strefa kloakogenna)
- D01.3 Rak in situ (odbyt i kanał odbytu)

Lista dodatkowa do sekcji F

F1



- ICD-9**  
100.01 Znieczulenie ogólne dotchawicze z monitorowaniem rozszerzonym (do 2 godzin)  
100.10 Znieczulenie całkowite dożylne (do 30 minut)  
100.11 Znieczulenie całkowite dożylne (od 30 minut do 60 minut)

**Q19 Średnie zabiegi na układzie limfatycznym\***  
*wymagane wskazanie procedury 40.12 Wycięcie węzła wartowniczego oraz rozpoznania zasadniczego z listy F32kon lub F86Ekon lub F96kon*

**Z01 Kompleksowa diagnostyka onkologiczna\***  
*wymagane wskazanie procedury z listy procedur Z01kon, co najmniej jednej procedury z listy dodatkowej Z1kon, co najmniej jednej procedury z listy dodatkowej Z2kon oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań Z01kon; czas pobytu < 5 dni*

- Z01kon ICD-9**  
45.239 Kolonoskopia - inne  
45.253 Kolonoskopia z biopsją

- Z01kon ICD-10**  
C18.0 Jelito ślepe  
C18.1 Wyrostek robaczkowy  
C18.2 Okrężnica wstępująca  
C18.3 Zgięcie wątrobowe  
C18.4 Okrężnica poprzeczna  
C18.5 Zgięcie śledzionowe  
C18.6 Okrężnica zstępująca  
C18.7 Esica  
C18.8 Zmiana przekraczająca granice okrężnicy (uwaga 5)  
C18.9 Okrężnica, nie określona  
C19 Nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego  
C20 Nowotwór złośliwy odbytnicy  
C21.1 Kanał odbytu  
C21.2 Strefa kloakogenna  
C21.8 Zmiana przekraczająca granice odbytu i kanału odbytu (uwaga 5)  
D01.0 Rak in situ (okrężnica)  
D01.1 Rak in situ (zgięcie esiczo-odbytnicze)  
D01.2 Rak in situ (odbytnica)  
D01.3 Rak in situ (odbyt i kanał odbytu)  
D37.4 Nowotwór o nieokreślonym charakterze (okrężnica)  
D37.5 Nowotwór o nieokreślonym charakterze (odbytnica)

**Z1kon**

- ICD-9**  
87.410 TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego  
87.411 TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym  
87.412 TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym  
87.413 TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym oraz bez lub z doustnym zakontrastowaniem przełyku  
88.010 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego  
88.011 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym  
  
88.012 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym  
  
88.305 TK - wirtualna kolonoskopia  
88.389 Inna TK ze wzmocnieniem kontrastowym  
88.971 RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego  
88.976 RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym  
88.979 Badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym RM

**Z2kon**

- ICD-9**  
87.440 RTG klatki piersiowej  
88.191 RTG jamy brzusznej przeglądowe  
88.199 RTG jamy brzusznej - inne  
88.741 USG transrektalne  
88.749 USG przewodu pokarmowego - inne  
88.761 USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej

**AOS - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego**

**Z100 Świadczenia zabiegowe - grupa 100**  
*na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie procedur ICD-9 właściwych dla onkologicznych świadczeń kompleksowych*

**W01 Świadczenie pohospitalizacyjne**  
*na warunkach obowiązujących w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna*

**W02 Świadczenie receptowe**  
*na warunkach obowiązujących w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna*

**W11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu**  
*na warunkach obowiązujących w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna*

**W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu**  
*na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna*

**W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu**  
*na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna*

## Uzasadnienie

Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146), zwanej dalej "ustawą o świadczeniach".

Niniejszym zarządzeniem zmieniającym zarządzenie Nr 3/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych (z późn. zm.), wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 13 w ust. 1 rozszerzono zakres dokumentów dotyczących obowiązku prowadzenia dokumentacji dodatkowej związanej z leczeniem żywieniowym o załącznik nr 6h do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne;

2) w § 16 dokonano zmian redakcyjnych w części wspólnej wyliczenia – załącznik nr 19 do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne zmienił numer na załącznik nr 18 do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne.

Pozostałe zmiany mają charakter porządkowy.

Przedmiotowe zmiany w zakresie merytorycznym wynikają bezpośrednio z zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (symetryzacja przepisów) .

Z uwagi, że projekt zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne został poddany konsultacjom zewnętrznym zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, z późn. zm.) nowelizowane przepisy nie podlegają ponownemu opiniowaniu.

Wprowadzone zmiany nie powodują skutków finansowych.

Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 kwietnia 2024 r.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.