

**ZARZĄDZENIE NR 69/2024/DSOZ
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 15 lipca 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 i 858) 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.¹⁾), wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 15 wprowadza się następujące zmiany:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Dla świadczeniodawców udzielających onkologicznych świadczeń kompleksowych, którzy w roku poprzedzającym rok, w którym stosowany jest współczynnik korygujący, zrealizowali świadczenia rozliczone grupą J01G, J01H, J02 lub F30 w rozpoznaniach i co najmniej w liczbie określonej w **załączniku nr 3c** do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, wartość tych produktów rozliczeniowych ze wskazanymi rozpoznaniem korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,25, z zastrzeżeniem § 19a.”,

b) uchyla się ust. 3,

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 produktów rozliczeniowych wymienionych w pkt 1, 2 i 3, zrealizowanych w roku kalendarzowym poprzedzającym rok, w którym stosuje się rozliczenie świadczeń zabiegowych grupą J03O, F32O lub F42O.”;

3) po rozdziale 3 dodaje się rozdział 3a w brzmieniu:

„Rozdział 3a.

Przepis epizodyczny

§ 19a. W przypadku stosowania współczynnika korygującego, o którym mowa w § 15 ust. 1, liczba świadczeń, o której mowa w tym przepisie, dla grupy F30, jest obliczana:

1) w 2024 r., na podstawie świadczeń rozliczonych grupą F31;

2) w 2025 r. na podstawie świadczeń rozliczanych grupą F31 lub F30.”;

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

¹⁾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., zarządzeniem Nr 157/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2023 r. oraz zarządzeniem Nr 39/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2024 r.

§ 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 lipca 2024 r.

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

PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
Filip Nowak

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
/dokument podpisano elektronicznie/

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 - 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 trybie hospitalizacji	Świadczenia wykonywane w trybie ambulatoryjnym	Świadczenia wykonywane w trybie 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 < 65 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 < 65 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	Mała 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 mammotomiczna*		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 bramkowana (4D-IGRT) — fotony, 92.248 Teleradioterapia 4D adaptacyjna bramkowana (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

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 płaśawiczego 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 płaśawiczego 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	

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 mammoplastyka

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 wewnątrzprzewodowy 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 współistniejącego 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 Czynne 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 manualnej - metoda Kaltenborna - Evjenta
93.3821 Metody terapii manualnej - metoda Maitlanda
93.3827 Metody terapii manualnej - 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, nieokreślony
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 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

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)

F30 Kompleksowe i duże zabiegi jelita grubego

wymagane wskazanie procedury z listy procedur F30kon oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F30kon

F30kon ICD-9

- 45.52 Wyizolowanie segmentu jelita grubego
- 45.711 Mnogie resekcje segmentalne urazowo zmienionego 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
- 45.732 Prawostronna radykalna kolektomia
- 45.733 Hemikolektomia prawostronna
- 45.74 Resekcja poprzecznicy
- 45.75 Hemikolektomia lewostronna
- 45.76 Sigmoidektomia
- 45.799 Częściowe wycięcie jelita grubego – inne
- 45.8 Totalna śródbrzuszna kolektomia
- 45.93 Zespolecie jelito cienkie-jelito grube – inne
- 45.94 Zespolecie jelito grube-jelito grube
- 45.951 Zespolecie do odbytu
- 45.952 Wytworzenie zbiornika jelitowego (J, H, S) z zespoleniem jelita cienkiego z odbytem
- 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 Brzusznokroczoowa resekcja odbytnicy pull-through

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
48.691 Częściowe wycięcie odbytnicy
48.692 Resekcja odbytnicy BNO
49.6 Wycięcie odbytu

F30kon 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 F32Okon oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F32O

F32Okon 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 Zespolecie jelito cienkie-jelito grube – inne
45.94 Zespolecie jelito grube-jelito grube
45.951 Zespolecie 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 kroczoza resekcja odbytnicy pull-through
48.691 Częściowe wycięcie odbytnicy
48.692 Resekcja odbytnicy BNO
49.6 Wycięcie odbytu

F32Okon 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)

F36 Choroby jelita grubego

wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F30kon

F37 Diagnostyczne i małe zabiegi dolnego odcinka przewodu pokarmowego

wymagane wskazanie procedury z listy procedur F37kon, procedury z listy F1 oraz rozpoznania zasadniczego z listy F30kon lub F86Ekon lub F96kon; czas pobytu < 5 dni

lub

wymagane wskazanie procedury z listy procedur F37kon, rozpoznania zasadniczego z listy F30kon lub F86Ekon lub F96kon oraz rozpoznania współistniejącego z listy dodatkowej F2; czas pobytu < 5 dni

F37kon ICD-9

45.22 Endoskopia jelita grubego przez przetokę
45.231 Fiberokolonoskopia
45.24 Fiberosigmoidoskopia
45.252 Pobranie materiału przez wyszczoteczowanie lub wyplukanie 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
48.23 Procto-sigmoidoskopia sztywnym wziernikiem;

F38 Średnie i endoskopowe zabiegi dolnego odcinka przewodu pokarmowego

wymagane wskazanie procedury z listy procedur F38kon oraz rozpoznania zasadniczego z listy F30kon lub F86Ekon lub F96kon

F38kon ICD-9

45.251 Zamknięta biopsja jelita grubego z bliżej nieokreślonego miejsca
45.431 Endoskopowa ablacja guza jelita grubego
45.49 Zniszczenie zmiany jelita grubego – inne

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 F30kon 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 F30kon 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 F30kon lub F96kon

F93kon ICD-9

48.1 Wytworzenie przetoki odbytniczej
48.31 Radykalna elektrokoagulacja zmiany odbytnicy

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 F30kon lub F96kon; czas pobytu < 5 dni

F94kon ICD-9

48.22 Wziernikowanie odbytnicy/esicy przez przetokę
48.32 Elektrokoagulacja zmiany odbytnicy - inna
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)

Listy dodatkowe do sekcji F

F1

ICD-9

100.01 Znieczulenie ogólne dotchawicze z monitorowaniem rozszerzonym (do 2 godzin)
100.10 Znieczulenie całkowite dożylnie (do 30 minut)
100.11 Znieczulenie całkowite dożylnie (od 30 minut do 60 minut)

F2

ICD-10

D50.0 Niedokrwistość z niedoboru żelaza spowodowana (przewlekłą) utratą krwi
D50.1 Dysfagia syderopeniczna
D50.8 Inne niedokrwistości z niedoboru żelaza
D50.9 Nieokreślone niedokrwistości z niedoboru żelaza
D51.0 Niedokrwistość z niedoboru witaminy B12 spowodowana niedoborem czynnika wewnętrznego
D51.1 Niedokrwistość z niedoboru witaminy B12 spowodowana wybiórczym upośledzeniem wchłaniania witaminy B12 połączona z białkomoczem
D51.2 Niedobór transkobalaminy II
D51.3 Inne niedokrwistości z niedoboru witaminy B12 zależne od diety
D51.8 Inne niedokrwistości z niedoboru witaminy B12
D51.9 Nieokreślona niedokrwistość z niedoboru witaminy B12
D52.0 Niedokrwistość z niedoboru kwasu foliowego zależna od diety
D52.1 Niedokrwistość z niedoboru kwasu foliowego wywołana lekami
D52.8 Inne niedokrwistości z niedoboru kwasu foliowego
D52.9 Nieokreślona niedokrwistość z niedoboru kwasu foliowego
D53.0 Niedokrwistość z powodu niedoborów białkowych
D53.1 Inne niedokrwistości megaloblastyczna niesklasyfikowane gdzie indziej
D53.2 Niedokrwistość w przebiegu gnilca
D53.8 Niedokrwistość zależna od innych określonych niedoborów pokarmowych
D53.9 Nieokreślona niedokrwistość z niedoborów pokarmowych
D55.0 Niedokrwistość spowodowana niedoborem dehydrogenazy glukozy-6-fosforanowej (G-6-PD)
D55.1 Niedokrwistość zależna od innych zaburzeń metabolizmu glutationu
D55.2 Niedokrwistość zależna od zaburzeń dotyczących enzymów glikolitycznych
D55.8 Inna niedokrwistość zależna od zaburzeń enzymatycznych
D55.9 Nieokreślona niedokrwistość zależna od zaburzeń enzymatycznych
D56.0 Talasemia alfa
D56.1 Talasemia beta
D56.2 Talasemia delta-beta
D56.3 Cecha talasemii
D56.4 Dziedziczna przetrwała hemoglobina płodowa (HPPH)
D56.8 Inne talasemie
D56.9 Nieokreślona talasemia
D57.0 Niedokrwistość sierpowatokrwinkowa z przełomem
D57.1 Niedokrwistość sierpowatokrwinkowa bez przełomu
D57.2 Podwójna heterozygota w połączeniu z sierpowatokrwinkowością
D57.3 Cecha sierpowatokrwinkowości
D57.8 Inne sierpowatokrwinkowości
D58.0 Sferocytoza dziedziczna
D58.1 Eliptocytoza dziedziczna
D58.2 Inne hemoglobinopatie
D58.8 Inne określone dziedziczne niedokrwistości hemolityczne
D58.9 Nieokreślone dziedziczne niedokrwistości hemolityczne
D59.0 Niedokrwistość autoimmunohemolityczna wywołana lekami
D59.1 Inne niedokrwistości autoimmunohemolityczne
D59.2 Niedokrwistość hemolityczna nieautoimmunologiczna wywołana lekami
D59.3 Zespół hemolityczno-mocznicowy
D59.4 Inne niedokrwistości hemolityczne nieautoimmunologiczne
D59.5 Nocna napadowa hemoglobinuria (zespół Marchiafavy-Micheli'ego)
D59.6 Hemoglobinuria spowodowana hemolizą z innych przyczyn zewnętrznych

D59.8 Inne niedokrwistości hemolityczne nabyte
D59.9 Nieokreślona niedokrwistość hemolityczna nabyta
D60.0 Przewlekła nabyta czysta aplazja czerwonych krwinek
D60.1 Przemijająca nabyta czysta aplazja czerwonych krwinek
D60.8 Inne nabyte czyste aplazje czerwonych krwinek
D60.9 Nieokreślona nabyta czysta aplazja czerwonych krwinek
D61.0 Niedokrwistość aplastyczna konstytucjonalna
D61.1 Niedokrwistość aplastyczna wywołana lekami
D61.2 Niedokrwistość aplastyczna spowodowana innymi czynnikami zewnętrznymi
D61.3 Niedokrwistość aplastyczna idiopatyczna
D61.8 Inne określone niedokrwistości aplastyczne
D61.9 Nieokreślona niedokrwistość aplastyczna
D62 Ostra niedokrwistość pokrwotoczna
D63.0 Niedokrwistość w przebiegu choroby nowotworowej (C00-D48+)
D63.8 Niedokrwistość w przebiegu innych chorób przewlekłych sklasyfikowanych gdzie indziej
D64.0 Dziedziczna niedokrwistość syderoblastyczna
D64.1 Wtórna niedokrwistość syderoblastyczna w przebiegu innych chorób
D64.2 Wtórna niedokrwistość syderoblastyczna spowodowana lekami lub substancjami toksycznymi
D64.3 Inne niedokrwistości syderoblastyczne
D64.4 Wrodzona niedokrwistość dyserytropoetyczna
D64.8 Inne określone niedokrwistości
D64.9 Nieokreślona niedokrwistość
D66 Dziedziczny niedobór czynnika VIII
D67 Dziedziczny niedobór czynnika IX
D68.0 Choroba von Willebranda
D68.1 Dziedziczny niedobór czynnika XI
D68.2 Dziedziczny niedobór innych czynników krzepnięcia
D68.3 Skazy krwotoczne zależne od obecności krążących antykoagulantów
D68.4 Nabyty niedobór czynników krzepnięcia
D68.8 Inne określone zaburzenia krzepnięcia
D68.9 Nieokreślone zaburzenia krzepnięcia
D69.0 Płamica alergiczna
D69.1 Jakościowe defekty płytek
D69.2 Inne skazy niemałopłytkowe
D69.3 Samoistna płamica małopłytkowa
D69.4 Inne pierwotne małopłytkowości
D69.5 Małopłytkowość wtórna
D69.6 Nieokreślona małopłytkowość
D69.8 Inne określone skazy krwotoczne
D69.9 Skazy krwotoczne, nieokreślone
D77 Inne choroby krwi i narządów krwiotwórczych w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej
D82.0 Zespół Wiskotta-Aldricha
E10.0 Cukrzyca insulinozależna (ze śpiączką)
E10.1 Cukrzyca insulinozależna (z kwasicą ketonową)
E10.6 Cukrzyca insulinozależna (z innymi określonymi powikłaniami)
E10.7 Cukrzyca insulinozależna (z wieloma powikłaniami)
E10.8 Cukrzyca insulinozależna (z nieokreślonymi powikłaniami)
E11.0 Cukrzyca insulinozależna (ze śpiączką)
E11.1 Cukrzyca insulinozależna (z kwasicą ketonową)
E11.6 Cukrzyca insulinozależna (z innymi określonymi powikłaniami)
E11.7 Cukrzyca insulinozależna (z wieloma powikłaniami)
E11.8 Cukrzyca insulinozależna (z nieokreślonymi powikłaniami)
E12.0 Cukrzyca związana z niedożywieniem (ze śpiączką)
E12.1 Cukrzyca związana z niedożywieniem (z kwasicą ketonową)
E12.6 Cukrzyca związana z niedożywieniem (z innymi określonymi powikłaniami)
E12.7 Cukrzyca związana z niedożywieniem (z wieloma powikłaniami)
E12.8 Cukrzyca związana z niedożywieniem (z nieokreślonymi powikłaniami)
E13.0 Inne określone postacie cukrzycy (ze śpiączką)
E13.1 Inne określone postacie cukrzycy (z kwasicą ketonową)
E13.6 Inne określone postacie cukrzycy (z innymi określonymi powikłaniami)
E13.7 Inne określone postacie cukrzycy (z wieloma powikłaniami)
E13.8 Inne określone postacie cukrzycy (z nieokreślonymi powikłaniami)
E14.0 Cukrzyca nieokreślona (ze śpiączką)
E14.1 Cukrzyca nieokreślona (z kwasicą ketonową)
E14.6 Cukrzyca nieokreślona (z innymi określonymi powikłaniami)
E14.7 Cukrzyca nieokreślona (z wieloma powikłaniami)
E14.8 Cukrzyca nieokreślona (z nieokreślonymi powikłaniami)
E16.2 Hipoglikemia, nieokreślona
E41 Wymuszczenie z niedożywienia
E42 Kwashiorkor z wymuszczeniem
E66.0 Otyłość spowodowana nadmierną podażą energii
E66.1 Otyłość polekowa
E66.2 Ciężka otyłość z hipowentylacją pęcherzykową
E66.8 Inne postacie otyłości
E66.9 Otyłość, nieokreślona
I11.0 Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca, z (zastoinową) niewydolnością serca
I11.9 Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca bez (zastoinowej) niewydolności serca
I13.0 Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z (zastoinową) niewydolnością serca
I13.1 Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z niewydolnością nerek
I13.2 Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, tak z (zastoinową) niewydolnością serca jak i niewydolnością nerek
I13.9 Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, nieokreślona
I15.0 Nadciśnienie naczyniowo-nerkowe
I15.1 Nadciśnienie wtórne do innej patologii nerek
I15.2 Nadciśnienie wtórne do zaburzeń układu wewnątrzwydzielniczego
I15.8 Inne wtórne nadciśnienie
I15.9 Nadciśnienie wtórne, nieokreślone

I20.0 Dusznicza niestabilna
I20.1 Dusznicza bolesna z udokumentowanym skurczem naczyń wieńcowych
I21.0 Ostry zawał serca pełnościenny ściany przedniej
I21.1 Ostry zawał serca pełnościenny ściany dolnej
I21.2 Ostry zawał serca pełnościenny o innej lokalizacji
I21.3 Ostry zawał serca pełnościenny o nieokreślonym umiejscowieniu
I21.4 Ostry zawał serca podwsięrdziowy
I21.9 Ostry zawał serca, nieokreślony
I22.0 Ponowny zawał serca ściany przedniej
I22.1 Ponowny ostry zawał serca ściany dolnej
I22.8 Ponowny ostry zawał serca innych miejsc
I22.9 Ponowny ostry zawał serca o nieokreślonym umiejscowieniu
I23.0 Krwiak osierdzia jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca
I23.1 Ubytek przegrody międzyprzedsionkowej jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca
I23.2 Ubytek przegrody międzykomorowej jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca
I23.3 Pęknięcie ściany serca bez krwiaka osierdzia jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca
I23.4 Pęknięcie strun ścięgnistych jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca
I23.5 Pęknięcie mięśnia brodawkowatego jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca
I23.6 Skrzeplina przedsionka, uszka przedsionka i komory jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca
I23.9 Inne powikłania występujące w czasie ostrego zawału serca
I24.0 Zakrzepica tętnicy wieńcowej bez zawału serca
I44.0 Blok przedsionkowo-komorowy pierwszego stopnia
I44.1 Blok przedsionkowo-komorowy drugiego stopnia
I44.2 Blok przedsionkowo-komorowy zupełny
I44.3 Inne i nieokreślone bloki przedsionkowo-komorowe
I44.4 Blok przedniej gałęzi lewej odnogi
I44.5 Blok tylnej gałęzi lewej odnogi
I44.6 Inny i nieokreślony blok gałęzi
I44.7 Blok lewej odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego Hisa, nieokreślony
I45.0 Blok prawej odnogi
I45.1 Inne i nieokreślone bloki prawej odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego Hisa
I45.2 Blok dwugałęziowy
I45.3 Blok trójgałęziowy
I45.4 Nieokreślony blok wewnątrzkomorowy
I45.5 Inny określony blok serca
I45.6 Zespół preekscytacji
I45.8 Inne określone zaburzenia przewodnictwa
I45.9 Zaburzenie przewodnictwa, nieokreślone
I47.0 Komorowe zaburzenia rytmu typu fali nawrotowej (re-entry)
I47.1 Częstoskurcz nadkomorowy
I47.2 Częstoskurcz komorowy
I47.9 Częstoskurcz napadowy, nieokreślony
I48 Migotanie i trzepotanie przedsionków
I49.0 Migotanie i trzepotanie komór
I49.1 Przedwczesna depolaryzacja przedsionkowa
I49.2 Przedwczesna depolaryzacja (pobudzenie) z łącza przedsionkowo-komorowego
I49.3 Przedwczesna depolaryzacja (pobudzenie) komór
I49.4 Inne i nieokreślone przedwczesne depolaryzacje (pobudzenia)
I49.5 Zespół chorej zatoki
I49.8 Inne określone zaburzenia rytmu serca
I49.9 Zaburzenia rytmu serca, nieokreślone
J41.1 Przewlekłe zapalenie oskrzeli śuzowo-ropne
J41.8 Przewlekłe zapalenie oskrzeli mieszane: proste i śuzowo-ropne
J42 Nieokreślone przewlekłe zapalenie oskrzeli
J43.0 Zespół MacLeoda
J43.1 Rozedma całego zrazika (płuca)
J43.2 Rozedma środkowej części zrazika (płuca)
J43.8 Inna rozedma płuc
J43.9 Nieokreślona rozedma płuc
J44.0 Przewlekła zaporowa choroba płuc z ostrym zakażeniem dolnych dróg oddechowych
J44.1 Nieokreślona przewlekła zaporowa choroba płuc w okresie zaostrzenia
J44.8 Inna określona przewlekła zaporowa choroba płuc
J44.9 Nieokreślona przewlekła zaporowa choroba płuc
J45.0 Dychawica oskrzelowa w głównej mierze z przyczyn uczuleniowych
J45.1 Dychawica oskrzelowa nieuczuleniowa
J45.8 Dychawica oskrzelowa mieszana
J45.9 Nieokreślona dychawica oskrzelowa
J46 Stan astmatyczny
J47 Rozstrzenie oskrzeli
J68.4 Stany chorobowe przewlekłe układu oddechowego wywołane przez czynniki chemiczne, gazy lub pary
K70.3 Alkoholowa marskość wątroby
K74.6 Inna i nieokreślona marskość wątroby
N17.0 Ostra niewydolność nerek z martwicą cewek
N17.1 Ostra niewydolność nerek z ostrą martwicą kory nerek
N17.2 Ostra niewydolność nerek z martwicą w części rdzeniowej
N17.8 Inna ostra niewydolność nerek
N17.9 Ostra niewydolność nerek, nieokreślona
N18.0 Schyłkowa niewydolność nerek
N18.8 Inna przewlekła niewydolność nerek
N18.9 Przewlekła niewydolność nerek, nieokreślona
N19 Nieokreślona niewydolność nerek
N99.0 Pozabiegowa niewydolność nerek
O24.4 Cukrzyca pojawiająca się w ciąży
O24.9 Cukrzyca w ciąży BNO
Q33.4 Wrodzone rozstrzenie oskrzeli

Q19 Średnie zabiegi na układzie limfatycznym*

wymagane wskazanie procedury 40.12 Wycięcie węzła wartowniczego oraz rozpoznania zasadniczego z listy F30kon lub F86Kon 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 Wyrstek 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 i 858), 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 zmiany wynikające z publikacji:

- obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 13 czerwca 2024 r. w sprawie w sprawie rekomendacji nr 48/2024 z dnia 24 maja 2024 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej,

- obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 25 czerwca 2024 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego w obszarze chorób przewodu pokarmowego.

Na podstawie obwieszczeń Prezesa AOTMiT i raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń nr WT.521.2.2020 dokonano stosownych zmian w treści normatywnej zarządzenia i w załączniku 1on do zarządzenia (Katalog onkologicznych świadczeń kompleksowych) związanych z implementacją nowych taryf, modyfikacją i utworzeniem nowych grup z połączenia grup podobnych kosztowo:

1) zaktualizowano brzmienie § 15 ust. 1 zarządzenia dotyczące stosowania współczynnika 1,25. Po zmianach przepis dotyczy wszystkich wybranych grup JGP finansowanych w ramach onkologicznych świadczeń kompleksowych, które są objęte ww. współczynnikiem korygującym. Określono również, że współczynnik 1,25 dla grup J01G, J01H, J02 lub F30 stosuje się na zasadach określonych w załączniku nr 3c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne. Jednocześnie uchylono ust. 3, który dotyczył świadczeń obecnie uwzględnionych w ust. 1. Wprowadzone zmiany są spowodowane usunięciem grupy F31 Kompleksowe zabiegi jelita grubego, dla której dotychczas miał zastosowanie współczynnik 1,25 i utworzeniem nowej grupy F30 Kompleksowe i duże zabiegi jelita grubego, scharakteryzowanej m.in. przez wszystkie procedury z grupy F31. Odwołanie się do reguł określonych w załączniku 3c ujednocila sposób wyliczenia realizacji procedur zabiegowych dla jednoimiennych grup JGP objętych ww. współczynnikiem korygującym;

2) wprowadzono §19a, który odnosi się do stosowania współczynnika korygującego, o którym mowa w § 15 ust. 1, w okresie przejściowym, tj. w 2024 r. i 2025 r., precyzujący zakres świadczeń uwzględnianych dla grupy F30 przy określaniu wymaganego progu realizacji procedur zabiegowych.

3) w części wspólnej wyliczenia w § 16 zaktualizowano przepisy wynikające z usunięcia grupy F32;

4) w załączniku nr 1on do zarządzenia (katalog onkologicznych świadczeń kompleksowych):

a) utworzono nowe grupy:

- F30 Kompleksowe i duże zabiegi jelita grubego z procedur z grup: F31 Kompleksowe zabiegi jelita grubego i F32 Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego,

- F37 Diagnostyczne i małe zabiegi dolnego odcinka przewodu pokarmowego z procedur z grupy F34 Średnie i endoskopowe zabiegi przewodu pokarmowego,

- F38 Średnie i endoskopowe zabiegi dolnego odcinka przewodu pokarmowego z procedur z grup: F32 Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego i F34 Średnie i endoskopowe zabiegi przewodu pokarmowego,

b) usunięto grupy: F31 Kompleksowe zabiegi jelita grubego, F32 Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego, F34 Średnie i endoskopowe zabiegi przewodu pokarmowego,

c) określono limit liczby dni finansowanych grupą w 4 JGP, w tym 1 nowej grupy, a w pozostałych grupach dokonano aktualizacji,

d) dokonano aktualizacji wartości osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą dla grup, dla których został on określony,

e) wprowadzono nowe taryfy w funkcjonujących dotychczas 9 JGP.

f) wprowadzono charakterystykę grupy F30 Kompleksowe i duże zabiegi jelita grubego z procedur z grup: F31 Kompleksowe zabiegi jelita grubego oraz F32 Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego. Do charakterystyki grupy wprowadzono również 4 procedury ICD-9 (45.93 Zespolecie jelito cienkie-jelito grube – inne, 45.951 Zespolecie do odbytu, 46.011 Ileostomia pętlowa, 46.14 Odłożone otwarcie kolostomii) określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2023 r. poz. 870, z późn. zm.) dla onkologicznych świadczeń kompleksowych KON-JG, które dotychczas funkcjonowały jako procedury kierunkowe w grupie F32 wyłącznie w KON-JG,

g) wprowadzono charakterystykę grupy F37 Diagnostyczne i małe zabiegi dolnego odcinka przewodu pokarmowego z procedur z grupy F34 Średnie i endoskopowe zabiegi przewodu pokarmowego,

h) wprowadzono charakterystykę grupy F38 Średnie i endoskopowe zabiegi dolnego odcinka przewodu pokarmowego z procedur z grup: F32 Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego i F34 Średnie i endoskopowe zabiegi przewodu pokarmowego,

i) przeniesiono procedurę 48.32 Elektrokoagulacja zmiany odbytnicy – inna z grupy F93 Średnie zabiegi odbytu do grupy F94 Małe zabiegi odbytu i odbytnicy,

j) wyodrębniono listę procedur kierunkowych dla grupy F32O Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego w rozpoznaniach nowotworów złośliwych (w związku z likwidacją grupy F32 i wspólnej dla nich listy F32kon),

k) w założeniach definiujących charakterystyki wybranych grup w miejsce dotychczasowego warunku dotyczącego wskazania rozpoznania zasadniczego z listy F32kon (która przestała funkcjonować) wprowadzono warunek wskazania rozpoznania zasadniczego z analogicznej listy F30kon,

l) do listy dodatkowej sekcji F dodano listę dodatkową F2.

Pozostałe zmiany wprowadzone w zarządzeniu mają charakter porządkowy.

Skutek finansowy dla wprowadzonych w niniejszym zarządzeniu zmian nie jest możliwy do oszacowania.

Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 i 3a załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1194 z późn. zm.), został poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 7 dni. Okres ten został skrócony z uwagi na słuszny interes stron. W ramach konsultacji projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Krajowa Izba Fizjoterapeutów, Naczelna Izba Aptekarska) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach.

W wyniku konsultacji projektu zarządzenia 14 podmiotów zgłosiło 23 uwagi. 2 podmioty poinformowały, że nie zgłaszają uwag. 11 tożsamyh uwag zostało uwzględnionych w części – zaktualizowano brzmienie § 15 ust. 1 zarządzenia dotyczące stosowania współczynnika 1,25 dla wybranych grup JGP realizowanych w ramach onkologicznych świadczeń kompleksowych. W ust. 1 określono, że współczynnik korygujący 1,25 ma zastosowanie między innymi dla grupy F30, na zasadach określonych w załączniku nr 3c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne.

Nie uwzględniono uwag dotyczących finansowania w ramach onkologicznych świadczeń kompleksowych świadczeń zdefiniowanych przez procedury ICD-9, które nie zostały ujęte w załączniku nr 4, lp. 48 lub 57 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 870, z późn. zm.) - dotyczy procedur ICD-9: 00.98 leczenie chirurgiczne z zastosowaniem systemu robotowego oraz 100.51 Sedacja i nadzór intensywny (do 2 godzin).

Nie uwzględniono uwag dotyczących zmian w załączniku 1on w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG) dotyczących utworzenia nowych grup, usunięcia dotychczasowych grup, zmiany wartości punktowej wybranych produktów rozliczeniowych oraz wartości punktowej nowych produktów rozliczeniowych i ich charakterystyk grup. Przedmiotowe zmiany wprowadzone zarządzeniem zostały dokonane na podstawie obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 13 czerwca 2024 r. w sprawie rekomendacji nr 48/2024 z dnia 24 maja 2024 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu

finansowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z raportem AOTMiT w sprawie ustalenia taryfy świadczeń – nr WT.521.2.2020. Taryfy wprowadzono na podstawie obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 25 czerwca 2024 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego w obszarze chorób przewodu pokarmowego na polecenie Ministra Zdrowia.

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

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.