ZARZĄDZENIE NR 99/2024/DSOZ
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 10 października 2024 r.

zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, 858 i 1222) zarządza się, co następuje:

§ 1. W zarządzeniu Nr 37/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.)[1)], załącznik nr 1c do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszego zarządzenia.

§ 2. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnych udzielanych od 1 października 2024 r.

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

PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

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

[1)] Zmienione zarządzeniem Nr 53/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 maja 2024 r. oraz zarządzeniem Nr 68/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 lipca 2024 r.

Załącznik do zarządzenia Nr 99/2024/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 10 października 2024 r.

Katalog produktów do sumowania

Lp.	Kod produktu	Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość punktowa	Zakresy świadczeń																																								Tryb realizacji świadczeń			Uwagi	Możliwość sumowania			
				alergologia/ alegologia dla dzieci/ alergologia specjalistyczna/ alegologia dla dzieci specjalistyczna	anestezjologia i intensywna terapia / AiIT dla dzieci anestezjologia i intensywna terapia - drugi p. ref/ AiIT-drugi p. ref. dla dzieci	angiologia / angiologia specjalistyczna	audiologia i foniatria / audiologia i foniatria dla dzieci / audiologia i foniatria dla dzieci specjalistyczna	chirurgia dziecięca	chirurgia klatki piersiowej / chirurgia klatki piersiowej dla dzieci/ chirurgia klatki piersiowej specjalistyczna	chirurgia naczyniowa /chirurgia naczyniowa - drugi poziom referencyjny /chirurgia naczyniowa specjalistyczna/chirurgia naczyniowa - drugi poziom referencyjny specjalistyczna	chirurgia ogólna	chirurgia onkologiczna / chirurgia onkologiczna specjalistyczna / chirurgia onkologiczna dla dzieci	chirurgia plastyczna / chirurgia plastyczna specjalistyczna / chirurgia plastyczna dla dzieci	chirurgia szczękowo-twarzowa / chirurgia szczękowo-twarzowa specjalistyczna / chirurgia szczękowo-twarzowa dla dzieci	choroby płuc / choroby płuc dla dzieci / choroby płuc specjalistyczna/ choroby płuc dla dzieci specjalistyczna	choroby wewnętrzne	choroby zakaźne / choroby zakaźne dla dzieci	dermatologia i wenerologia / dermatologia i wenerologia dla dzieci/ dermatologia specjalistyczna/ dermatologia dla dzieci specjalistyczna	diabetologia / diabetologia dla dzieci / diabetologia specjalistyczna / diabetologia dla dzieci specjalistyczna	endokrynologia / endokrynologia specjalistyczna / endokrynologia dla dzieci	gastroenterologia / gastroenterologia specjalistyczna / gastroenterologia dla dzieci	geriatria	ginekologia onkologiczna	hematologia	immunologia kliniczna / immunologia kliniczna dla dzieci/ immunologia kliniczna dla dzieci specjalistyczna	kardiochirurgia / kardiochirurgia dla dzieci	kardiologia / kardiologia dla dzieci/ kardiologia specjalistyczna/ kardiologia dla dzieci specjalistyczna	nefrologia / nefrologia specjalistyczna / nefrologia dla dzieci	neonatologia / neonatologia - drugi p.ref. / neonatologia - trzeci p. ref.	neurochirurgia/ neurochirurgia dla dzieci	neurologia / neurologia specjalistyczna/ neurologia dla dzieci/ neurologia dla dzieci specjalistyczna	okulistyka / okulistyka dla dzieci	onkologia i hematologia dziecięca	onkologia kliniczna/ onkologia kliniczna specjalistyczna	ortopedia i traumat narz ruchu / ortopedia i traumat narz ruchu dla dzieci	otorynolaryngologia/ otorynolaryngologia dla dzieci	pediatria	położnictwo i ginekologia / poł. i gin. - drugi p. ref. / poł. i gin. - trzeci p. ref.	radioterapia/ med. nuklearna	reumatologia / reumatologia dla dzieci/ reumatologia specjalistyczna/ reumatologia dla dzieci specjalistyczna	toksykologia kliniczna/ toksykologia kliniczna dla dzieci	transplantologia kliniczna/ transplantologia kliniczna dla dzieci	urologia/ urologia specjalistyczna / urologia dla dzieci	tryb ambulatoryjny	tryb jednodniowy	hospitalizacja		kat. 1a	kat. 1b	produkty dedykowane do sumowania dla określonej JGP	produkty dedykowane do sumowania dla określonego produktu z katalogu 1b, 1c i 1d
1	2	3	4	5																																								6			7	8	9	10	11
1	5.53.01.0000001	Żywienie dojelitowe mlekiem z banku mleka kobiecego lub odciągniętym mlekiem matki	185					X																					X	X													X			X	za każdy dzień żywienia dojelitowego wcześniaków do ukończenia 4 tygodnia życia wieku korygowanego oraz chorych noworodków, które nie mogą być karmione piersią, do 4 tygodnia życia			N21, N21A, N22, N22A, N23, N24, N25, PZN01, PZN02, PZN03, PZN04	
2	5.53.01.0000002	Żywienie dojelitowe mlekiem modyfikowanym	44					X																					X	X													X			X	za każdy dzień żywienia dojelitowego wcześniaków do ukończenia 4 tygodnia życia wieku korygowanego oraz chorych noworodków, które nie mogą być karmione piersią, do 4 tygodnia życia			N21, N21A, N22, N22A, N23, N24, N25, PZN01, PZN02, PZN03, PZN04	
3	5.53.01.0000003	Przetoczenie limfocytów dawcy (DLI)	1 437																					X																		X				X		X	X		
4	5.53.01.0000004	Pobranie limfocytów dawcy (DLI)	1																					X																		X				X	- rozliczenie na podstawie faktury (specyfikacji kosztowej zawierającej kategorie kosztów określone w art. 3 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek tkanek i narządów (Dz.U. z 2023 r. poz. 1185) wystawionej przez ośrodek dawcy szpiku (pobierający) - przedstawionej przez dokonującego przetoczenia limfocytów; - rozliczenie łącznie z produktem o kodzie: 5.53.01.0000003	X	X		
5	5.53.01.0000006	Żywienie dojelitowe	108	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	- za każdy dzień żywienia; - w zakresach: neonatologia/neonatologia - drugi poziom referencyjny/neonatologia - trzeci poziom referencyjny, oraz chirurgia dziecięca, neurochirurgia dla dzieci, urologia dla dzieci - rozliczenie możliwe z grupami: N21, N21A, N22, N22A, N23, N24, N25 oraz PZN01, PZN02, PZN03, PZN04 w odniesieniu do niemowląt między 4 a 26 tyg. życia - zgodnie z zasadami okreslonymi w "Standardach żywienia pozajelitowego" Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego i Metabolizmu lub, w przypadku dzieci, zgodnie z zasadami określonymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego Dzieci	X	X		
6	5.53.01.0000007	Wytworzenie stałego dostępu naczyniowego z wytworzeniem tunelu podskórnego przeznaczonego do użytku długoterminowego	1 136		X			X			X	X												X			X		X				X	X		X	X					X				X	- obejmuje koszt wyrobu medycznego (koszt cewnika tunelizowanego typu Broviack, Hickman, Groshong lub Leonard); - nie podlega rozliczeniu użycie cewnika centralnego typu Certofix, Cavafix; - nie można sumować z produktem o kodzie 5.52.01.0001423	X	X		
7	5.53.01.0000009	Opieka okołooperacyjna nad pacjentem chorym na hemofilię - I poziom	131																					X									X														- za osobodzień; - produkt do rozliczenia wyłącznie w zakresie hematologia oraz onkologia i hematologia dziecięca (po spełnieniu warunków do leczenia hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych - pierwszy poziom referencyjny) z grupami JGP zabiegowymi (oznaczonymi *)	X			
8	5.53.01.0000010	Opieka okołooperacyjna nad pacjentem chorym na hemofilię - II poziom	309																					X									X														- za osobodzień; - produkt do rozliczenia wyłącznie w zakresie hematologia oraz onkologia i hematologia dziecięca (po spełnieniu warunków do leczenia hemofilii i pokrewnych skaz krw otocznych - drugi poziom referencyjny) z grupami JGP zabiegowymi (oznaczonymi *)	X			
9	5.53.01.0000013	Podanie immunoglobuliny anty-RhD pacjentce RhD-ujemnej	1																																			X								X	- konieczność udokumentowania zakupu fakturą/ rachunkiem (w przypadku wykorzystania produktu leczniczego dystrybuowanego przez RCKiK nie podlega rozliczeniu); - koszt immunoglobuliny anty-RhD, w wysokości uwzględniającej urzędową cenę zbytu, określoną w obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, dla których ustalono urzędową cenę zbytu netto, z uwzględnieniem przepisów ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 930 z późn. zm.); - produkt do rozliczenia wyłącznie w zakresie położnictwo i ginekologia - pierwszy lub drugi lub trzeci poziom referencyjny zgodnie z warunkami realizacji określonymi w lp.39 załączniku nr 4 do rozporządzenia szpitalnego); - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 99.111 Wstrzyknięcie globuliny anty D (Rhesus)	X			
10	5.53.01.0000035	Implantacja portu naczyniowego	2 704		X			X	X	X	X	X			X								X	X			X	X			X		X	X			X	X	X			X				X	- obejmuje koszt wyrobu medycznego (portu); - nie można sumować z produktem o kodzie 5.52.01.0000035	X	X		
11	5.53.01.0000502	Wspomaganie krążenia przy użyciu balonu	3 461																							X	X																			X				E02, E04,E05G, E06G, E10, E11, E12G, E15, E23G, E24G, E26, E29, E50, E52, PZE01	5.52.01.0001538 5.52.01.0001539 5.52.01.0001540 5.52.01.0001541 5.52.01.0001542 5.52.01.0001543 5.52.01.0001544 5.52.01.0001545 5.52.01.0001546 5.52.01.0001547 5.52.01.0001548 5.52.01.0001549
12	5.53.01.0000708	Przedłużona hospitalizacja matki karmiącej piersią z powodu stanu zdrowia dziecka - od 5 doby od porodu	108																																			X								X	za osobodzień			N01, N02, N03, N09, N11, N13	
13	5.53.01.0000938	Plazmafereza lecznicza	3 840		X								X			X		X						X	X	X		X			X		X	X			X		X	X	X	X				X	substytucja do 3 000 ml	X	X		
14	5.53.01.0001000	Plan leczenia onkologicznego	270					X	X		X	X	X	X	X			X		X	X		X	X						X		X	X	X	X	X		X					X		X	X	- obejmuje opracowanie indywidualnego planu leczenia przez zespół terapeutyczny, zgodnie z § 4a ust. 1 pkt 2 rozporządzenia szpitalnego oraz koordynację procesu leczenia; - do rozliczenia jednorazowo w całym procesie leczenia nowotworu niezależnie od trybu wykonania świadczenia	X			

15	5.53.01.0001001	Leczenie zdarzeń niepożądanych po teleradioterapii - 3 stopień	**162**						X			X			X							X							X			X	X				X							X									
16	5.53.01.0001002	Leczenie zdarzeń niepożądanych po teleradioterapii - 4 stopień	**216**						X			X			X							X							X			X	X				X							X									
17	5.53.01.0001319	Przeszczepy kostne allogeniczne sterylizowane radiacyjnie	**108**																															X																				
18	5.53.01.0001367	Wspomaganie serca u dorosłych - biopompa	**20 280**																							X																												
19	5.53.01.0001368	Wspomaganie serca lub płuc - ECMO	**40 560**		X																					X	X		X																									
20	5.53.01.0001401	Leczenie przetoczeniami immunoglobulin	**340,20**	X	X										X	X	X	X				X		X	X		X	X			X		X	X				X	X		X			X				X	X				
21	5.53.01.0001416	Częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe	**108**	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X						
22	5.53.01.0001434	Żywienie pozajelitowe immunomodulujące	**324**	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X						
23	5.53.01.0001435	Wyrób medyczny niezawarty w kosztach świadczenia	**1**		X			X	X	X	X	X	X	X			X	X			X		X	X		X	X			X	X		X	X	X	X		X					X										

15	- za osobodzień; - do łącznego wykazywania z produktem Hospitalizacja do teleradioterapii /Hospitalizacja do chemioradioterapii > 18 r.ż.; - produkt do rozliczenia wyłącznie w dniach hospitalizacji, w których wystąpiły takie epizody; - produkt należy sprawozdać zgodnie z wytycznymi zawartymi w załączniku nr 12 do zarządzenia								5.52.01.0001440 5.52.01.0001499 5.52.01.0001504
16	- za osobodzień; - do łącznego wykazywania z produktem Hospitalizacja do teleradioterapii / Hospitalizacja do chemioradioterapii > 18 r.ż.; - produkt do rozliczenia wyłącznie w dniach hospitalizacji, w których wystąpiły takie epizody, - produkt należy sprawozdać zgodnie z wytycznymi zawartymi w załączniku nr 12 do zarządzenia								5.52.01.0001440 5.52.01.0001499 5.52.01.0001504
17	(za każde 10 cm3 powyżej 30 cm3) - obejmuje koszty przeszczepów z Banku Tkanek potwierdzone fakturą	X							
18		X	X						
19	- rozliczenie możliwe wyłącznie w rozpoznaniu: a) ciężkiej niewydolności oddechowej, zgodnie z zaleceniami i wytycznymi Nadzoru Krajowego oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii b) hipotermii głębokiejw celu pozaustrojowego ogrzewania za pomocą ciągłej pozustrojowej oksygenacji (przy zastosowaniu ECMO V-A lub CPB) , c) w rozpoznaniu głównym lub współistniejącym wstrząsu kardiogennego [R57.0] lub nagłego zatrzymania krążenia [I46] - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9 39.651 Pozaustrojowa oksygenacja membranowa (ECMO) - w układzie żylno-żylnym lub 39.652 Pozaustrojowa oksygenacja membranowa (ECMO) - w układzie żylno-tętniczym	X	X						
20	- za każdy 1 gram immunoglobulin; - z wyłączeniem dzieci i dorosłych leczonych immunoglobulinami w ramach programów lekowych (zgodnie z kodami ICD-10 ujętymi w nazwie programu lekowego): a) Leczenie pierwotnych niedoborów odporności u dzieci, b) Leczenie pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych, c) Leczenie pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych z zastosowaniem immunoglobuliny ludzkiej normalnej podawanej z rekombinowaną hialuronidazą ludzką, d) Leczenie przetoczeniami immunoglobulin w chorobach neurologicznych - nie dotyczy podania immunoglobuliny w stanach nagłych lub w stanach zagrożenia życia w schorzeniach neurologicznych osobom leczonym w ramach programów lekowych poza ośrodkiem realizującym program	X							5.52.01.0001023 5.52.01.0001462 5.52.01.0001463 5.52.01.0001464 5.52.01.0001467 5.52.01.0001493 5.52.01.0001494 5.52.01.0001512 5.52.01.0001545 5.52.01.0001546 5.52.01.0001547 5.52.01.0001548 5.52.01.0001549
21	- za każdy dzień żywienia - zgodnie z zasadami określonymi w "Standardach żywienia pozajelitowego" Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego i Metabolizmu lub, w przypadku dzieci, zgodnie z zasadami określonymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego Dzieci	X	X						
22	- za każdy dzień żywienia - zgodnie z zasadami określonymi w "Standardach żywienia pozajelitowego" Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego i Metabolizmu lub, w przypadku dzieci, zgodnie z zasadami określonymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego Dzieci	X	X						
23	1. konieczność udokumentowania zakupu fakturą/ rachunkiem; 2. produkt dotyczy: a) endoprotez			H01	H11				
	b) przedmiotów ortopedycznych stosowanych w leczeniu dzieci z rozpoznaniem wg ICD-10: Q74.3 Wrodzona sztywność wielostawowa			H31E, H31F, H32, H42, H43, H89C, H89D, PZH04, PZH05, PZH07, PZH08					
	c) stentgraftów fenestrowanych oraz stentgraftów z odnóżkami i pozostałych materiałów wszczepialnych koniecznych do wykonania zabiegu (do rozliczenia wyłącznie w zakresie chirurgia naczyniowa - drugi poziom referencyjny od dnia 1.07.2017 r.								5.52.01.0001496
	d) koszt jednorazowego zestawu do pomiaru ICP: - rozliczenie na podstawie specyfikacji kosztowej, obejmującej wyłącznie koszt jednorazowego zestawu, umożliwiajacego monitorowanie ciśnienia śródczaszkowego, - rozliczenie wyłącznie w zakresach: anestezjologia i intensywna terapia, anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci - rozliczenie z JPG, wyłącznie w przypadku wcześniejszej hospitalizacji w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, gdy monitorowanano ciśnienie śródczaszkowe	X							5.52.01.0001467 5.52.01.0001512
	e) koszt zużycia igły do krioablacji nerki - do rozliczenia wyłącznie w zakresach: chirurgia dziecięca, chirurgia ogólna, chirurgia onkologiczna, onkologia kliniczna, urologia								5.52.01.0001571
	f) koszt koszt zużycia anteny/ elektrody do termoablacji wątroby lub nerki - do rozliczenia wyłącznie w zakresach: chirurgia dziecięca, chirurgia ogólna, chirurgia onkologiczna, onkologia kliniczna, gastroenterologia (wyłącznie w przypadku termoablacji wątroby), urologia (wyłącznie w przypadku termoablacji nerki)								5.52.01.0001572 5.52.01.0001573
	g) koszt bezelektrodowego systemu do stymulacji jednojamowej/ bezelektrodowego systemu do stymulacji jednojamowej z możliwością detekcji aktywności przedsionków -do rozliczenia wyłącznie w zakresach kardiologia - hospitalizacja, kardiologia dziecięca - hospitalizacja			E31G					
	h) koszt rejestratora zdarzeń arytmicznych (ILR) -do rozliczenia wyłącznie w zakresach kardiologia - hospitalizacja, kardiologia dziecięca - hospitalizacja								5.52.01.0001578 5.52.01.0001579
	i) koszt systemu wspomagania lewej komory serca (LVAD) -do rozliczenia wyłącznie w zakresie przeszczepienie / wspomaganie serca								5.54.01.0000090 5.54.01.0000091
	j) koszt zestawu do przezcewnikowej naprawy niedomykalności zastawki trójdzielnej metodą brzeg-do-brzegu za pomocą klipsa								5.54.01.0000092

24	5.53.01.0001436	Produkt leczniczy niezawarty w kosztach świadczenia	**1**		X			X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X		X		X	X	X	X		X		X	X	X	X										X	1. konieczność udokumentowania zakupu fakturą/ rachunkiem; 2. produkt dotyczy: a) antytoksyny botulinowej - wyłącznie w leczeniu zatruć toksyną botulinową (jadem kiełbasianym), aa) antytoksyny jadu żmii - w profilaktyce po ukąszeniu żmii - można sumować wyłącznie ze świadczeniem 5.52.01.0001577 b) czynnika VIIa, c) leków immunosupresyjnych wykorzystywanych do immunoablacji w leczeniu aplazji szpiku - zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego; d) substancji czynnej atozyban w leczeniu przedwczesnej czynności skurczowej macicy - rozliczenie zastosowanej substancji możliwe wyłącznie z grupami: N02, N03, N06, N07C,N07D, N12 i M03, e) immunoglobuliny ludzkiej p/wściekliźnie, immunoglobulina ludzka swoista anty-Hbs – w profilaktyce narażenia na zakażenia HBV, immunoglobulina swoista tężcowa w profilaktyce narażenia na tężec i immunoglobuliny w profilaktyce poekspozycyjnej zakażenia wirusem Varicella Zoster (VZV) u ciężarnych i/lub osób pozostających w immunosupresji - można sumować wyłącznie ze świadczeniem 5.52.01.0001577 i 5.52.01.0001467, f) surfaktantu w leczeniu noworodków z zespołem zaburzeń oddychania (ZZO) - można sumować wyłącznie z grupą N22, g) tlenku azotu w leczeniu nadciśnienia płucnego u noworodków - można sumować wyłącznie z grupą N22, h) heminy ludzkiej (Human hemin) w przypadku jawnej postaci ostrej porfirii wątrobowej - można sumować wyłącznie z grupą K28F, P52 oraz z produktem 5.52.01.0001525	X							5.52.01.0001577 5.52.01.0001467 5.52.01.0001512 5.52.01.0001525
25	5.53.01.0001437	Chlorowodorek kwasu 5 - aminolewulinowego (5-ALA HCl) do wizualizacji tkanek złośliwych glejaka mózgu	**4 678**																												X																X	- za 1 fiolkę à 1,5 g (5-ALA HCL); - zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego; - wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego wg ICD-10 C71 Nowotwór złośliwy mózgu			A11	A11O	A12	PZA01	PZA02	
26	5.53.01.0001465	Afereza lecznicza poza plazmaferezą i LDL-aferezą	**1 406**											X								X								X				X		X			X					X		X	- za każdy dzień żywienia; - zgodnie z zasadami określonymi w "Standardach żywienia pozajelitowego" Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego i Metabolizmu lub, w przypadku dzieci, zgodnie z zasadami określonymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego Dzieci	X	X						
27	5.53.01.0001466	LDL-afereza	**5 624**																						X	X								X											X	nie można sumować z produktem o kodzie 5.52.01.0001466	X	X						
28	5.53.01.0001468	Kompletne żywienie pozajelitowe	**216**	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X		X	- za 1 fiolkę à 1,5 g (5-ALA HCL); - zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego; - wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego wg ICD-10 C71 Nowotwór złośliwy mózgu	X	X						
29	5.53.01.0001469	Leczenie świeżego zawału serca z zastosowaniem antagonisty receptora dla glikoproteiny IIb/IIIa lub bezpośredniego inhibitora trombiny u chorego poddanego angioplastyce wieńcowej	**1 704**																						X																				X	- za całość terapii; - wymagane podanie kodu wg ICD-9 zastosowanego leku: 99.201 - Inhibitor płytkowego receptora GP IIb/IIIa - abciximab 99.202 - Inhibitor płytkowego receptora GP IIb/IIIa - eptifibatide 99.203 - Inhibitor płytkowego receptora GP IIb/IIIa - tirofiban 99.2901 - Wstrzyknięcie/ infuzja inhibitora trombiny (DTI) – biwalirudyna			E11	E12 G	E15			
30	5.53.01.0001470	Infekcyjne zapalenie wsierdzia u chorych operowanych kardiochirurgicznie	**6 490**																					X																						X			E02	PZE01	E21	E22E	E22F	
31	5.53.01.0001472	Ciągłe leczenie nerkozastępcze	**2 596**		X						X		X									X		X	X	X	X												X	X				X	za 24 - godzinny okres ciągłego leczenia	X	X						
32	5.53.01.0001473	Znieczulenie ogólne lub dożylne u dziecka	**270**	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	dla grup innych niż oznaczone * w przypadku wykonania badania diagnostycznego lub zabiegu diagnostycznego (sprawozdanego kodem ICD-9) oraz dla grup: A24, B33, B34, B44, B74, B84, B94, C15, C24, C34, C44, C64, D05, E44, F04, F34, F44, F94, G14, H23, H84, J06, K05, L09, L17, L30, L47, L54, L64, L104, M04, M15, PZB07, PZC04, PZC08, PZC17, PZC21, PZD03, PZ99, PZF06, PZH14, PZJ03, PZK01, PZL03, PZL04, PZL09, Q20, Q48		X						5.07.01.0000055 5.52.01.0001568 5.52.01.0001578 5.52.01.0001579
33	5.53.01.0001474	Hipertermia w czasie radioterapii	**3 623**																																		X				X		X	- cały proces leczenia; - zgodnie z wytycznymi określonymi w załączniku nr 3a								5.52.01.0001440 5.52.01.0001468 5.52.01.0001470 5.52.01.0001499 5.52.01.0001504 5.52.01.0001554 5.07.01.0000011 5.07.01.0000012 5.07.01.0000013 5.07.01.0000023 5.07.01.0000048 5.07.01.0000061 5.07.01.0000062 5.07.01.0000063 5.07.01.0000064 5.07.01.0000065 5.07.01.0000066 5.07.01.0000068 5.07.01.0000069 5.07.01.0000070
34	5.53.01.0001475	Diagnostyczne cewnikowanie serca/ biopsja mięśnia sercowego < 18 r.ż.	**2 704**																					X	X																	X	X	- zgodnie z wytycznymi określonymi w załączniku nr 3a; - nie można sumować z produktami o kodach 5.54.010000062 i 5.54.010000063			P21	P37	P38	P39	P40	
35	5.53.01.0001478	Intensywna hemodializa	**324**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	za każdy zabieg	X	X						
36	5.53.01.0001479	Dializa wątrobowa	**11 898**		X																					X												X	X				X	- zgodnie z wytycznymi określonymi w załączniku nr 3a; - za jeden zabieg; - zgodnie z opisem świadczenia w załączniku nr 10		X	G16	G17	G18	P42	S41E S41F	
37	5.53.01.0001481	Przetoczenie immunoglobuliny anty HBs	**6 381**					X			X																												X		X	X	za 5 000 jednostek								5.52.01.0001464 5.52.01.0001023 5.52.01.0001462 5.52.01.0001463 5.52.01.0001493 5.52.01.0001494
38	5.53.01.0001483	Diagnostyka potencjalnego dawcy narządów bez pobrania - kategoria I	**1 986**		X			X	X	X	X	X	X	X										X	X	X	X	X	X	X		X		X	X				X	X			X	- obejmuje wszystkie czynności określone w art. 3 ust. 3 pkt 1-7 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2023 r. poz. 1185); - nie można sumować z produktami o kodach od 5.52.01.0001481 do 5.52.01.0001488; - nie można wykazać łącznie z produktami o kodach od 5.53.01.0001486 do 5.53.01.0001493	X	X						
39	5.53.01.0001486	Diagnostyka potencjalnego dawcy i pobranie wyłącznie nerki albo obu nerek	**8 980**		X			X	X	X	X													X	X			X	X			X							X	X			X	- obejmuje wszystkie koszty ponoszone przez szpital, w którym wykonano czynności związane z pobraniem; - nie można sumować z produktami o kodach od 5.52.01.0001481do 5.52.01.0001484, 5.52.01.0001570 oraz od 5.52.01.0001485 do 5.52.01.0001488; - zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów z dnia 22 marca 2010 r. (Dz.U. z 2022 r. poz. 2093)	X	X						
40	5.53.01.0001487	Diagnostyka potencjalnego dawcy i pobranie nerki albo obu nerek w przypadku pobrania wielonarządowego (nerka albo nerki i inny narząd, poza trzustką)	**4 880**		X			X	X	X	X													X	X			X	X			X							X	X			X	- obejmuje wszystkie koszty ponoszone przez szpital, w którym wykonano czynności związane z pobraniem; - nie można sumować z produktami o kodach 5.52.01.0001481 do 5.52.01.0001484, 5.52.01.0001570 oraz od 5.52.01.0001485 do 5.52.01.0001488; - zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów z dnia 22 marca 2010 r. (Dz.U. z 2022 r. poz. 2093)	X	X						

41	5.53.01.0001488	Diagnostyka potencjalnego dawcy i pobranie nerki albo obu nerek w przypadku pobrania wielonarządowego (nerka albo nerki i dwa inne narządy, poza trzustką)	**3 513**		X			X	X	X	X																			X	X			X	X				X							X	X			X	- obejmuje wszystkie koszty ponoszone przez szpital, w którym wykonano czynności związane z pobraniem - nie można sumować z produktami o kodach 5.52.01.0001481do 5.52.01.0001484, 5.52.01.0001570 oraz od 5.52.01.0001485 do 5.52.01.0001488; - zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów z dnia 22 marca 2010 r. (Dz.U. z 2022 r. poz. 2093)	X	X						
42	5.53.01.0001489	Diagnostyka potencjalnego dawcy i pobranie nerki albo obu nerek w przypadku pobrania wielonarządowego (nerka albo nerki i trzy inne narządy, poza trzustką)	**2 830**		X			X	X	X	X																			X	X			X	X				X							X	X			X	- obejmuje wszystkie koszty ponoszone przez szpital, w którym wykonano czynności związane z pobraniem; - nie można sumować z produktami o kodach 5.52.01.0001481do 5.52.01.0001484, 5.52.01.0001570 oraz od 5.52.01.0001485 do 5.52.01.0001488; - zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów z dnia 22 marca 2010 r. (Dz.U. z 2022 r. poz. 2093)	X	X						
43	5.53.01.0001490	Diagnostyka potencjalnego dawcy i pobranie wyłącznie nerki albo obu nerek i trzustki	**9 760**		X			X	X	X	X																			X	X			X	X				X							X	X			X	- obejmuje wszystkie koszty ponoszone przez szpital, w którym wykonano czynności związane z pobraniem; - nie można sumować z produktami o kodach 5.52.01.0001481do 5.52.01.0001484, 5.52.01.0001570 oraz od 5.52.01.0001485 do 5.52.01.0001488; - zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów z dnia 22 marca 2010 r. (Dz.U. z 2022 r. poz. 2093)	X	X						
44	5.53.01.0001491	Diagnostyka potencjalnego dawcy i pobranie nerki albo obu nerek i trzustki w przypadku pobrania wielonarządowego (nerka albo nerki, trzustka i inny narząd)	**7 026**		X			X	X	X	X																			X	X			X	X				X							X	X			X	- obejmuje wszystkie koszty ponoszone przez szpital, w którym wykonano czynności związane z pobraniem - nie można sumować z produktami o kodach 5.52.01.0001481do 5.52.01.0001484, 5.52.01.0001570 oraz od 5.52.01.0001485 do 5.52.01.0001488 - zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów z dnia 22 marca 2010 r. (Dz.U. z 2022 r. poz. 2093)	X	X						
45	5.53.01.0001492	Diagnostyka potencjalnego dawcy i pobranie nerki albo obu nerek i trzustki w przypadku pobrania wielonarządowego (nerka albo nerki, trzustka i dwa inne narządy)	**5 660**		X			X	X	X	X																			X	X			X	X				X							X	X			X	- obejmuje wszystkie koszty ponoszone przez szpital, w którym wykonano czynności związane z pobraniem; - nie można sumować z produktami o kodach 5.52.01.0001481do 5.52.01.0001484, 5.52.01.0001570 oraz od 5.52.01.0001485 do 5.52.01.0001488; - zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów z dnia 22 marca 2010 r. (Dz.U. z 2022 r. poz. 2093)	X	X						
46	5.53.01.0001493	Diagnostyka potencjalnego dawcy i pobranie nerki albo obu nerek i trzustki w przypadku pobrania wielonarządowego (nerka albo nerki, trzustka i trzy lub więcej innych narządów)	**4 840**		X			X	X	X	X																			X	X			X	X				X							X	X			X	- obejmuje wszystkie koszty ponoszone przez szpital, w którym wykonano czynności związane z pobraniem; - nie można sumować z produktami o kodach 5.52.01.0001481do 5.52.01.0001484, 5.52.01.0001570 oraz od 5.52.01.0001485 do 5.52.01.0001488; - zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów z dnia 22 marca 2010 r. (Dz.U. z 2022 r. poz. 2093)	X	X						
47	5.53.01.0001494	Oparzenie dróg oddechowych	**1 460**					X			X		X																																			X	- za osobodzień - wymagane wskazanie jako rozpoznania współistniejącego wg ICD-10 T27.0, T27.1, T27.4, T27.5 oraz co najmniej jednej z procedur wg ICD-9: 32.01, 33.22, 96.73			J22, J23, J24, J25, J26, P43, PZJ01, PZJ02					
48	5.53.01.0001496	Przeciwciała monoklonalne lub poliklonalne w przeszczepieniu nerki u pacjenta wysoko immunizowanego	**1**					X			X																																	X				X	- konieczność udokumentowania zakupu fakturą/ rachunkiem; - zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego			L94	PZL12				
49	5.53.01.0001497	Ciągła perfuzja pulsacyjna nerki w hipotermii	**5 841**					X			X																																	X				X	konieczność wykazania procedury wg ICD-9: 39.958 Ciągła perfuzja pulsacyjna nerki w hipotermii			L94	PZL12				
50	5.53.01.0001498	Nietypowe odprowadzenie moczu u pacjentów z przeszczepieniem nerki	**7 409**					X			X																																	X				X	konieczność wykazania co najmniej jednej z procedur wg ICD-9: 56.511, 56.512, 56.515, 56.516, 56.517, 56.711, 56.741, 56.891, 56.892, 57.871, 57.872, 57.873, 57.874			L94	PZL12				
51	5.53.01.0001499	Całościowa ocena geriatryczna	**162**	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X		X	X	X				X	X	X	X	X	X	X	- u jednego pacjenta rozliczenie możliwe jeden raz w roku kalendarzowym; - dotyczy pacjentów powyżej 60 r.ż.; - zgodnie z opisem świadczenia w załączniku nr 10; - przeprowadzana przez lekarza posiadającego specjalizację w dziedzinie geriatrii i/lub konsultacyjny zespół geriatryczny; - nie obejmuje zakresów dedykowanych dla dzieci (o profilu pediatrycznym, neonatologicznym) oraz położniczo - ginekologicznych; - zgodnie z § 20 ust. 6 zarządzenia	X	X						
52	5.53.01.0001502	FFR/ IVUS tętnic wieńcowych/OCT	**4 056**																												X																			X	1) w przypadku FFR/ IVUS konieczność wykazania procedury wg ICD-9: 00.241 Wewnątrznaczyniowa ultrasonografia (IVUS), naczyń wieńcowych lub 89.692 Pomiar cząstkowej rezerwy przepływu wieńcowego (FFR); 2) w przypadku FFR/ IVUS wyłącznie w przypadkach: - oceny istotności zwężenia pnia głównego lewej tętnicy wieńcowej; - oceny istotności zwężenia początkowego odcinka gałęzi przedniej zstępującej lewej tętnicy wieńcowej w ramach kwalifikacji do rewaskularyzacji; - oceny istotności zwężeń u pacjenta z chorobą wielonaczyniową; - kontroli wyniku angioplastyki pnia głównego lewej tętnicy wieńcowej; - IVUS w celu oceny mechanizmów oraz wyboru optymalnej metody leczenia w przypadku niepowodzenia leczenia za pomocą stentu (podejrzenie złego wyniku implantacji stentu, zakrzepica w stencie, restenoza w stencie); - IVUS w celu ustalenia przyczyny zawału serca w przypadku niejednoznacznego wyniku koronarografii; - IVUS w diagnostyce waskulopatii po przeszczepie serca; 3) w przypadku OCT konieczność wykazania procedury wg ICD-9: 00.234 Koherentna tomografia optyczna tętnic obwodowych (OCT) lub 00.242 Koherentna tomografia optyczna tętnic wieńcowych (OCT)			E10, E11, E12G, E15, E23G, E24G, E26, E27, E29					
53	5.53.01.0001503	Usunięcie przezżylne elektrod	**6 490**																												X																			X	konieczność wykazania procedury wg ICD-9: 37.772 Usunięcie przezżylnej elektrody przezskórne	X							
54	5.53.01.0001504	Usunięcie przezżylne elektrod w przypadku powikłań	**9 680**																												X																			X	- konieczność wykazania procedury wg ICD-9: 37.772 Usunięcie przezżylnej elektrody przezskórne; - w przypadku wystąpienia powikłań (wymagane wskazanie jako rozpoznania współistniejącego jednego z rozpoznań: B37.6, I33.0, I33.9, I39.8, T82.7)	X							
55	5.53.01.0001508	Diagnostyka potencjalnego dawcy narządów bez pobrania - kategoria II	**1**		X			X	X	X	X	X	X	X																X	X	X	X	X	X	X			X		X	X				X	X			X	- obejmuje wszystkie czynności określone w art. 3 ust. 3 pkt 1-7 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2023 r. poz. 1185) wraz z kosztami zespołu lekarsko- pielęgniarskiego innego świadczeniodawcy; - konieczność udokumentowania obiektywnych powodów odstąpienia od pobrania; - rozliczenie na podstawie specyfikacji kosztowej, zgodnie z §22 ust. 4 i 5 zarządzenia; - nie można sumować z produktami o kodach od 5.52.01.0001481 do 5.52.01.0001488; - nie można wykazać łącznie z produktami o kodach 5.53.01.0001483 oraz od 5.53.01.0001486 do 5.53.01.0001493	X	X						

56	5.53.01.0001509	Hipotermia lecznicza	**1**		X																							X		X																	X	1) rozliczenie na podstawie specyfikacji kosztowej, obejmującej wyłącznie koszty jednorazowego sprzętu, niezbędnego do wykonania procedury hipotermii leczniczej wraz z fakturami (rachunkami) potwierdzającymi koszty faktycznie poniesione; 2) produkt dotyczy: a) w przypadku dorosłych - stanu po udokumentowanym nagłym zatrzymaniu krążenia (wg ICD-10: I46.0), z przywróceniem funkcji hemodynamicznej układu krążenia u pacjenta nieprzytomnego (GSC ≤8), zgodnie z zasadami postępowania rekomendowanymi przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii; b) w przypadku noworodków - urodzonych w stanie zamartwicy ≥ 35 tyg. ciąży, z rozpoznaniem wg ICD-10: P21.1, P21.0 z objawami umiarkowanej lub ciężkiej encefalopatii niedotleniowo - niedokrwiennej (ENN), spełniających kryteria kwalifikacji do hipotermii leczniczej; 3) za co najmniej 12 godzinne (w przypadku dorosłych) albo 72 godzinne (w przypadku noworodków) udokumentowane stosowanie leczniczej hipotermii, liczone od chwili osiągnięcia temperatury docelowej - konieczność wykazania procedury wg ICD-9: 99.810 albo 99.811 albo 99.813; 4) do rozliczenia wyłącznie w zakresach: - anestezjologia i intensywna terapia, anestezjologia i intensywna terapia - drugi poziom referencyjny; - anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci, anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci - drugi poziom referencyjny; - kardiologia wyłącznie z grupami: E11, E12G ,E15, E31, E32, E34, E34G, E36, E50, E59; - neonatologia - trzeci poziom referencyjny wyłącznie z grupami: N21, N21A, N22, N22A, N23; 5) zgodnie z wytycznymi określonymi w załączniku nr 3a	X							5.52.01.0001467 5.52.01.0001512
57	5.53.01.0001510	Koszty dodatkowe znieczulenia zewnątrzoponowego ciągłego do porodu niezawarte w JGP	**600**																																	X									X	w przypadku grup N01, N02, N03, NO9, N11, N13 możliwość sumowania wyłącznie w przypadku porodu zakończonego drogami natury			N01, N02, N03, N09, N11, N13					
58	5.53.01.0001511	Przetoczenie krwi pełnej konserwowanej.	**289****	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	za każdą jednostkę przetoczoną pacjentowi	X	X						
59	5.53.01.0001512	Przetoczenie koncentratu krwinek czerwonych z krwi pełnej.	**195****	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	za każdą jednostkę przetoczoną pacjentowi	X	X						
60	5.53.01.0001513	Przetoczenie koncentratu krwinek czerwonych z aferezy.	**276****	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	za każdą jednostkę przetoczoną pacjentowi	X	X						
61	5.53.01.0001515	Przetoczenie ubogoleukocytarnego koncentratu krwinek płytkowych z aferezy.	**1051****	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	za każdą dawkę terapeutyczną przetoczoną pacjentowi	X	X						
62	5.53.01.0001516	Przetoczenie koncentratu granulocytarnego.	**1319****	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	za każdą jednostkę przetoczoną pacjentowi	X	X						
63	5.53.01.0001517	Przetoczenie osocza świeżo mrożonego.	**105****	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	za każdą jednostkę przetoczoną pacjentowi	X	X						
64	5.53.01.0001518	Przetoczenie krioprecypitatu.	**205****	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	za każdą jednostkę przetoczoną pacjentowi	X	X						
65	5.53.01.0001519	Karencja składnika krwi.	**26****	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	- za każdą jednostkę; - zgodnie z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2023 r. poz. 318), w związku z § 11 tego rozporządzenia	X	X						5.53.01.0001517 5.53.01.0001518
66	5.53.01.0001520	Redukcja biologicznych czynników chorobotwórczych osocza świeżo mrożonego.	**129****	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	- za każdą jednostkę; - zgodnie z § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2023 r. poz. 318), w związku z § 11 tego rozporządzenia	X	X						5.53.01.0001517 5.53.01.0001518
67	5.53.01.0001521	Redukcja biologicznych czynników chorobotwórczych.	**532****	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	- za każdą dawkę terapeutyczną / jednostkę; - zgodnie z § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2023 r. poz. 318) w związku z § 11 tego rozporządzenia	X	X						5.53.01.0001515 5.53.01.0001530
68	5.53.01.0001522	Napromieniowanie krwi lub jej składników.	**27****	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	- za każdą dawkę terapeutyczną / dawkę pediatryczną / jednostkę; - zgodnie z § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2023 r. poz. 318), w związku z § 11 tego rozporządzenia	X	X						5.53.01.0001511 5.53.01.0001512 5.53.01.0001513 5.53.01.0001515 5.53.01.0001516 5.53.01.0001530
69	5.53.01.0001523	Filtrowanie jednostki krwi lub jej składników.	**81****	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	- za każdą jednostkę; - zgodnie z § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2023 r. poz. 318), w związku z § 11 tego rozporządzenia	X	X						5.53.01.0001511 5.53.01.0001512 5.53.01.0001513
70	5.53.01.0001525	Przemywanie krwi lub jej składników.	**101****	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	- za każdą dawkę terapeutyczną / dawkę pediatryczną / jednostkę; - zgodnie z § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2023 r. poz. 318.), w związku z § 11 tego rozporządzenia	X	X						5.53.01.0001512 5.53.01.0001513 5.53.01.0001515 5.53.01.0001530
71	5.53.01.0001526	Podział krwi lub jej składników.	**47****	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	- za każdą dawkę terapeutyczną / jednostkę; - zgodnie z § 8 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2023 r. poz. 318), w związku z § 11 tego rozporządzenia	X	X						5.53.01.0001511 5.53.01.0001512 5.53.01.0001513 5.53.01.0001515 5.53.01.0001517 5.53.01.0001530
72	5.53.01.0001527	Rekonstytucja krwi lub jej składników.	**145****	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	- za każdą dawkę terapeutyczną / dawkę pediatryczną / jednostkę; - zgodnie z § 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2023 r. poz. 318), w związku z § 11 tego rozporządzenia	X	X						5.53.01.0001511 5.53.01.0001512 5.53.01.0001513 5.53.01.0001515 5.53.01.0001530
73	5.53.01.0001528	Konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu operacyjnego, diagnostycznego lub leczniczego.	**100**			X		X	X	X	X	X	X	X	X					X		X	X		X	X	X		X		X	X	X	X	X		X					X	X	X		- porada jest elementem zabiegu operacyjnego, diagnostycznego lub leczniczego zgodnie z rozporządzeniem ambulatoryjnym; - porada nie stanowi kwalifikacji pacjenta do znieczulenia przeprowadzanej nie później niż 24 godziny przed zabiegiem w trybie planowym, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz. U. 2022 r. poz. 392); - produkt do rozliczenia w dacie hospitalizacji, pod warunkiem że konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia odbyła się nie później niż 7 dni przed datą hospitalizacji - wymagane wskazanie daty konsultacji; - nie można wykazywać łącznie z produktami o kodzie: 5.51.01.0002016, 5.51.01.0002017, 5.51.01.0002093, 5.51.01.0002095, 5.53.01.0001473, 5.53.01.0001510, 5.51.01.0002101, 5.51.01.0002102	X	X						
74	5.53.01.0001529	Koszt rogówki niezawarty w kosztach świadczenia	**3 400**																												X														X			B04	B05	B06			
75	5.53.01.0001530	Przetoczenie ubogoleukocytarnego koncentratu krwinek płytkowych z krwi pełnej.	**587****	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	- za każdą dawkę terapeutyczną przetoczoną pacjentowi; - w przypadku, o którym mowa w § 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2023 r. poz. 318), do opłaty za dawkę terapeutyczną nie dolicza się opłaty dodatkowej za czynność połączenia pojedynczych jednostek uzyskanych z krwi pełnej	X	X						
76	5.53.01.0001531	Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy – celowana.	**324**									X				X				X																X									X			K47D					

77	5.53.01.0001532	Koszt produktu leczniczego stosowanego w leczeniu ciężkiej pęcherzycy opornej na immunosupresję niezawarty w kosztach świadczenia.	**4,08**	X				X							X	X	X																				X							- za 1 mg produktów zawierających rytuksymab; - obejmuje produkty lecznicze w leczeniu ciężkiej pęcherzycy opornej na immunosupresję (z rozpoznaniem wg ICD-10: L10)			J38					
78	5.53.01.0001533	Koszt produktu leczniczego stosowanego w leczeniu mukopolisacharydozy typu VI (zespół Maroteaux - Lamy), kodowany rozpoznaniem ICD-10: E76.2.	**966,68**												X			X												X					X	X	X	- za 1 mg substancji czynnej: galsulfasum; - produkt dedykowany wyłącznie dla pacjentów kontynuujących leczenie mukopolisacharydozy typu VI zakwalifikowanych dotychczas do programu lekowego								5.52.01.0001551
79	5.53.01.0001534	Koszt środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego stosowanych w leczeniu padaczki lekoopornej, deficytu transportera glukozy 1 oraz deficytu dehydrogenazy pirogronianu z wykorzystaniem diety ketogennej.	**1**																								X					X					X	X	X	- konieczność udokumentowania zakupu fakturą/rachunkiem; - sumuje się z produktem 5.52.01.0001552, 5.52.01.0001093; - produkt dedykowany do rozliczenia środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego przy leczeniu padaczki lekoopornej, deficytu transportera glukozy 1 oraz deficytu dehydrogenazy pirogronianu z wykorzystaniem diety ketogennej			A66, A67, K28F, P11, P23, P52					5.52.01.0001552 5.52.01.0001093
80	5.53.01.0001535	Koszt pobytu związanego z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2	**415**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	- do jednorazowego dosumowania w trakcie pobytu; - konieczność wskazania rozpoznania zasadniczego będącego powodem leczenia specjalistycznego u pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, - konieczność sprawozdania rozpoznania współistniejącego U07.1; - nie można sumować z JGP: D18, D52, P04 i P30	X	X						
81	5.53.01.0001543	Osocze świeżo mrożone pobrane metodą aferezy.	**47****	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	- za każdą jednostkę; - zgodnie z § 8 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2023 r. poz. 318), w związku z § 11 tego rozporządzenia	X	X						5.53.01.0001517
82	5.53.01.0001544	Diagnostyka potencjalnego dawcy i pobranie nerki albo obu nerek w przypadku pobrania wielonarządowego (nerka albo nerki i cztery lub więcej innych narządów, poza trzustką)	**2 420**		X			X	X	X	X														X	X			X	X			X						X	X				X	- obejmuje wszystkie koszty ponoszone przez szpital, w którym wykonano czynności związane z pobraniem; - nie można sumować z produktami o kodach: 5.52.01.0001481 do 5.52.01.0001484, 5.52.01.0001570 oraz od 5.52.01.0001485 do 5.52.01.0001488; - zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów z dnia 22 marca 2010 r. (Dz.U. z 2022 r. poz. 2093)	X	X						
83	5.53.01.0001545	Koszt pobytu pacjenta (obywatela Ukrainy) przed przekazaniem do ośrodka za granicą celem dalszego leczenia	**649**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	- obejmuje koordynację i przygotowanie pacjenta celem przekazania do ośrodka za granicą; - przedstawienie w sposób skuteczny, przystępny i zrozumiały dla pacjenta informacji w zakresie dalszego postępowania; - obejmuje koszty tłumaczenia dokumentacji, w tym zapewnienie tłumacza; - kwalifikacja do transportu w czasie do 3 dni; - do rozliczenia wyłącznie w przypadku skutecznego przekazania do ośrodka za granicą	X							
84	5.53.01.0001546	Oznaczenie MRD w ALL metodą cytometrii przepływowej - ALL-MRD-FC	**300**																												X					X		X	- produkt dedykowany dla świadczeniodawców spełniających warunki realizacji dla świadczenia gwarantowanego: Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej metodą molekularną i metodą wielokolorowej cytometrii przepływowej, o którym mowa w lp. 60 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego; - do rozliczenia zgodnie ze schematem i we wskazaniach określonych w lp. 60 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego;	X							5.52.01.0001567 5.52.01.0001568
85	5.53.01.0001547	Oznaczenie MRD w ALL metodą PCR - ALL-MRD-PCR1	**4 000**																												X					X		X	- produkt dedykowany dla świadczeniodawców spełniających warunki realizacji dla świadczenia gwarantowanego: Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej metodą molekularną i metodą wielokolorowej cytometrii przepływowej, o którym mowa w lp. 60 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego; - do rozliczenia zgodnie ze schematem i we wskazaniach określonych w lp. 60 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego;	X							5.52.01.0001567 5.52.01.0001568
86	5.53.01.0001548	Oznaczenie MRD w ALL metodą PCR - ALL-MRD-PCR2	**1 000**																												X					X		X	- produkt dedykowany dla świadczeniodawców spełniających warunki realizacji dla świadczenia gwarantowanego: Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej metodą molekularną i metodą wielokolorowej cytometrii przepływowej, o którym mowa w lp. 60 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego; - do rozliczenia zgodnie ze schematem i we wskazaniach określonych w lp. 60 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego;	X							5.52.01.0001567 5.52.01.0001568
87	5.53.01.0001549	Szczegółowa diagnostyka immunofenotypowa (badanie wstępne)	**1 100**																												X					X		X	- produkt dedykowany dla świadczeniodawców spełniających warunki realizacji dla świadczenia gwarantowanego: Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej metodą molekularną i metodą wielokolorowej cytometrii przepływowej, o którym mowa w lp. 60 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego; - do rozliczenia zgodnie ze schematem i we wskazaniach określonych w lp. 60 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego;	X							5.52.01.0001567 5.52.01.0001568
88	5.53.01.0001550	Oznaczenie MRD w AML metodą cytometrii przepływowej - AML-MRD-FC	**680**																												X					X		X	- produkt dedykowany dla świadczeniodawców spełniających warunki realizacji dla świadczenia gwarantowanego: Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej metodą molekularną i metodą wielokolorowej cytometrii przepływowej, o którym mowa w lp. 60 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego; - do rozliczenia zgodnie ze schematem i we wskazaniach określonych w lp. 60 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego;	X							5.52.01.0001567 5.52.01.0001568
89	5.53.01.0001551	Oznaczenie MRD w AML metodą PCR - AML-MRD-PCR	**974**																												X					X		X	- produkt dedykowany dla świadczeniodawców spełniających warunki realizacji dla świadczenia gwarantowanego: Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej metodą molekularną i metodą wielokolorowej cytometrii przepływowej, o którym mowa w lp. 60 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego; - do rozliczenia zgodnie ze schematem i we wskazaniach określonych w lp. 60 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego;	X							5.52.01.0001567 5.52.01.0001568
90	5.53.01.0001552	Wstępne genotypowanie AML	**6 100**																												X					X		X	- produkt dedykowany dla świadczeniodawców spełniających warunki realizacji dla świadczenia gwarantowanego: Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej metodą molekularną i metodą wielokolorowej cytometrii przepływowej, o którym mowa w lp. 60 zał. nr 4 do rozporządzenia szpitalnego; - do rozliczenia zgodnie ze schematem i we wskazaniach określonych w lp. 60 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego;	X							5.52.01.0001567 5.52.01.0001568
91	5.53.01.0001553	Koszt produktu leczniczego stosowanego w leczeniu guza olbrzymiokomórkowego kości	**1**																												X	X				X		X	- konieczność udokumentowania zakupu fakturą/ rachunkiem; - sumuje się z produktem: 5.52.01.0001557; - do rozliczenia w leczeniu guza olbrzymiokomórkowego kości, w przypadku dorosłych i młodzieży z dojrzałym układem kostnym, u których występuje guz nieoperacyjny lub u których zabieg chirurgiczny może spowodować ciężkie okaleczenie (rozpoznanie wg ICD-10:D48.0);								5.52.01.0001557
92	5.53.01.0001600	Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego.	**171**																																	X									5.52.01.0001524
93	5.53.01.0001601	Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie głowy ze wzmocnieniem kontrastowym.	**277**																																	X									5.52.01.0001524
94	5.53.01.0001602	Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.	**351**																																	X									5.52.01.0001524
95	5.53.01.0001603	Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym.	**365**																																	X									5.52.01.0001524

96	5.53.01.0001604	Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego.	**192**																																									X											5.52.01.0001524
97	5.53.01.0001605	Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie innej okolicy anatomicznej ze wzmocnieniem kontrastowym.	**320**																																									X											5.52.01.0001524
98	5.53.01.0001606	Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.	**415**																																									X											5.52.01.0001524
99	5.53.01.0001607	Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie dwóch okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego.	**233**																																									X											5.52.01.0001524
100	5.53.01.0001608	Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego.	**274**																																									X											5.52.01.0001524
101	5.53.01.0001609	Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie dwóch okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym.	**436**																																									X											5.52.01.0001524
102	5.53.01.0001610	Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym.	**481**																																									X											5.52.01.0001524
103	5.53.01.0001611	Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie dwóch okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.	**491**																																									X											5.52.01.0001524
104	5.53.01.0001612	Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.	**564**																																									X											5.52.01.0001524
105	5.53.01.0001613	Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym.	**424**																																									X											5.52.01.0001524
106	5.53.01.0001614	Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: angiografia (z wyłączeniem angiografii tt. wieńcowych).	**472**																																									X											5.52.01.0001524
107	5.53.01.0001615	Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: angiografia tt. Wieńcowych u pacjentów po zabiegach koronaroplastyki lub wszczepieniu by-passów.	**553**																																									X											5.52.01.0001524
108	5.53.01.0001616	Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: wirtualna kolonoskopia u pacjentów, u których warunki anatomiczne uniemożliwiają wykonanie kolonoskopii tradycyjnej.	**413**																																									X											5.52.01.0001524
109	5.53.01.0001617	Badanie obrazowe metodą tomografii komputerowej: badanie kardiologiczne (obejmuje badanie morfologii i czynności mięśnia sercowego - także zw wzmocnieniem kontrastowym).	**602**																																									X											5.52.01.0001524
110	5.53.01.0001618	Badanie obrazowe metodą rezonansu magnetycznego: badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego.	**322**																																									X											5.52.01.0001524
111	5.53.01.0001619	Badanie obrazowe metodą rezonansu magnetycznego: badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.	**605**																																									X											5.52.01.0001524
112	5.53.01.0001620	Badanie obrazowe metodą rezonansu magnetycznego: badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez wzmocnienia kontrastowego.	**322**																																									X											5.52.01.0001524
113	5.53.01.0001621	Badanie obrazowe metodą rezonansu magnetycznego: badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup bez wzmocnienia kontrastowego.	**463**																																									X											5.52.01.0001524
114	5.53.01.0001622	Badanie obrazowe metodą rezonansu magnetycznego: badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.	**605**																																									X											5.52.01.0001524
115	5.53.01.0001623	Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż odcinek kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.	**746**																																									X											5.52.01.0001524
116	5.53.01.0001624	Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego.	**545**																																									X											5.52.01.0001524
117	5.53.01.0001625	Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie trzech odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego.	**767**																																									X											5.52.01.0001524
118	5.53.01.0001626	Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.	**828**																																									X											5.52.01.0001524
119	5.53.01.0001627	Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie trzech odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.	**1 050**																																									X											5.52.01.0001524
120	5.53.01.0001628	Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego.	**685**																																									X											5.52.01.0001524
121	5.53.01.0001629	Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego.	**767**																																									X											5.52.01.0001524
122	5.53.01.0001630	Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.	**969**																																									X											5.52.01.0001524
123	5.53.01.0001631	Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym.	**1 050**																																									X											5.52.01.0001524
124	5.53.01.0001632	Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym.	**773**																																									X											5.52.01.0001524
125	5.53.01.0001633	Badanie metodą rezonansu magnetycznego: angiografia bez wzmocnienia kontrastowego.	**346**																																									X											5.52.01.0001524
126	5.53.01.0001634	Badanie metodą rezonansu magnetycznego: angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym.	**887**																																									X											5.52.01.0001524
127	5.53.01.0001635	Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie czynnościowe mózgu.	**931**																																									X											5.52.01.0001524
128	5.53.01.0001636	Badanie metodą rezonansu magnetycznego: spektroskopia.	**406**																																									X											5.52.01.0001524

129	5.53.01.0001637	Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie serca (czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego).	786																																									X											5.52.01.0001524
130	5.53.01.0001638	Badanie metodą rezonansu magnetycznego: badanie serca (czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym).	1 073																																									X											5.52.01.0001524
131	5.53.01.0001639	Badanie endoskopowe przewodu pokarmowego: gastroskopia diagnostyczna (w przypadku wskazań obejmuje test ureazowy).	185																																									X											5.52.01.0001524
132	5.53.01.0001640	Badanie endoskopowe przewodu pokarmowego: gastroskopia diagnostyczna z biopsją (uwzględnia 1 badanie histopatologiczne).	231																																									X											5.52.01.0001524
133	5.53.01.0001641	Badanie endoskopowe przewodu pokarmowego: gastroskopia diagnostyczna z biopsją (uwzględnia 2 lub więcej badań histopatologicznych).	294																																									X											5.52.01.0001524
134	5.53.01.0001642	Badanie endoskopowe przewodu pokarmowego: kolonoskopia diagnostyczna.	325																																									X											5.52.01.0001524
135	5.53.01.0001643	Badanie endoskopowe przewodu pokarmowego: kolonoskopia diagnostyczna (z badaniem histopatologicznym).	468																																									X											5.52.01.0001524
136	5.53.01.0001644	Badanie endoskopowe przewodu pokarmowego: kolonoskopia z polipektomią jednego lub więcej polipów o średnicy do 1 cm, za pomocą pętli diatermicznej (z badaniem histopatologicznym).	1 018																																									X											5.52.01.0001524
137	5.53.01.0001645	Relaparotomia z powodu powikłań w ostrym zapaleniu trzustki	2 424					X			X																																			X	możliwość jednokrotnego dosumowania podczas hospitalizacji			G31G	G31H	G36			
138	5.53.01.0001646	Koszty donacji komórek, tkanek lub narządów od dawcy (obywatela obcego kraju) na rzecz polskiego biorcy.	1					X			X													X								X								X				X	- obejmuje wszystkie koszty związane z pobraniem komórek, tkanek lub narządów rzeczywiście poniesione przez szpital, w którym wykonano czynności związane z pobraniem; - konieczność udokumentowania kosztów fakturą / rachunkiem wystawionym przez szpital, w którym wykonano czynności związane z pobraniem komórek, tkanek lub narządów na rzecz polskiego biorcy	X	X						
139	5.53.01.0001647	Koszt leku trombolitycznego niezawarty w kosztach świadczenia.	4 000																											X															X	- obejmuje koszt leku trombolitycznego stosowanego w leczeniu udaru mózgu; - produkt dedykowany dla świadczeniodawców spełniajacych warunki realizacji dla świadczenia gwarantowanego: Leczenie udaru mózgu w oddziale udarowym, o których mowa w lp. 2 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego; - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 99.102 Podanie leku trombolitycznego drugiej generacji lub 99.103 Podanie leku trombolitycznego trzeciej generacji			A48	A49	A50			5.52.01.0001580
140	5.53.01.0001648	Zabieg chirurgiczny u noworodka	5 354																									X																		- produkt dedykowany dla zakresu: neonatologia - trzeci poziom referencyjny; - za każdy zabieg; - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9 z listy procedur JGP: PZN01 - PZN04 lub co najmniej jednej procedury wg ICD-9: 13.49 Rozdrobnienie soczewki i aspiracja zaćmy - inne, 14.73 Mechaniczna witerktomia - dostęp przedni, 14.74 Mechaniczna witrektomia - inne, 99.293 Wstrzyknięcie rekombinowanych białek; - nie sumuje się z grupą N24 w przypadku wykonania procedur 99.293 Wstrzyknięcie rekombinowanych białek, 13.49 Rozdrobnienie soczewki i aspiracja zaćmy - inne, 14.73 Mechaniczna witerktomia - dostęp przedni, 14.74 Mechaniczna witrektomia - inne			N21, N21A, N22, N22A, N23, N24, N25,					
141	5.53.01.0001649	Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.	15	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	- za osobodzień, wyłącznie w sytuacji wymagającej konieczności pobytu pacjenta w oddziale szpitalnym; - do rozliczenia niezbędne oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta małoletniego lub posiadającego orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności; - bezwzględne przekazanie kodu uprawnienia w przypadku pacjenta posiadającego orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności; - dedykowany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2022 r. poz. 1876 z późn. zm.); - nie można sumować z produktem o kodzie 5.53.01.0000708	X	X						
142	5.53.01.0001650	Produkty stosowane w leczeniu pęcherzowego oddzielania naskórka (lub podejrzenia tej choroby kodowanego rozpoznaniem ICD-10: Q81.9).	1					X			X		X			X		X																				X						X			- konieczność udokumentowania zakupu fakturą/ rachunkiem; - obejmuje wyroby medyczne stosowane w leczeniu pęcherzowego oddzielania naskórka (z rozpoznaniem wg ICD-10: Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q81.9) wymienione w obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych; - obejmuje wyroby medyczne / produkty lecznicze / żywność specjalnego przeznaczenia medycznego stosowane pomocniczo w leczeniu pęcherzowego oddzielania naskórka (z rozpoznaniem wg ICD-10: Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q81.9) wymienione w załączniku nr 17a do zarządzenia; - obejmuje koszty transportu ww. produktów do miejsca pobytu stałego lub czasowego na terenie RP wskazanego przez świadczeniobiorcę	X							5.52.01.0001536
143	5.53.01.0001651	Ablacja zaburzeń rytmu serca.	23 712																							X	X																			X				E04	E05G	E06G			
144	5.53.01.0001652	Koszt produktu leczniczego stosowanego w leczeniu gruźlicy wielolekooporną wg standardów WHO	1												X																															X	- konieczność udokumentowania zakupu fakturą/ rachunkiem; - sumuje się z produktem: 5.52.01.0001569; - do rozliczenia u pacjentów, u których zastosowano schemat leczenia zgodny z najnowszymi standardami WHO; - z wyłączeniem substancji czynnych określonych w obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, stosowanych w ramach programu lekowego: Leczenie chorych na gruźlicę lekooporną (MDR/XDR) (rozpoznanie wg ICD-10: A15) u pacjentów zakwalifikowanych do tego programu; - w przypadku gdy świadczeniodawca nie poniósł rzeczywistych kosztów leków nie podlega rozliczeniu;								5.52.01.0001569
145	5.53.01.0001653	Dodatkowy koszt diagnostyki patomorfologicznej - materiał onkologiczny mały	161					X	X		X	X	X	X	X			X		X	X		X	X						X			X	X	X	X		X					X	X		X	- obejmuje zakres badań określonych w lp.1 załącznika nr 7a do zarządzenia; - produkt dedykowany dla świadczeniodawców, spełniających warunek określony w § 19 ust. 10 -12 zarządzenia; - do sumowania ze świadczeniami udzielanymi na podstawie karty DiLO; - nie można wykazywać łącznie z produktami o kodach: 5.53.01.0001654, 53.01.0001655; - zgodnie z zasadami określonymi w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2021 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania jednostek diagnostyki patomorfologicznej	X	X						
146	5.53.01.0001654	Dodatkowy koszt diagnostyki patomorfologicznej - materiał onkologiczny duży	918					X	X		X	X	X	X	X			X		X	X		X	X						X			X	X	X	X		X					X			X	- obejmuje zakres badań określonych w lp.2 załącznika nr 7a do zarządzenia; - produkt dedykowany dla świadczeniodawców, spełniających warunek określony w § 19 ust. 10 -12 zarządzenia; - do sumowania ze świadczeniami udzielanymi na podstawie karty DiLO; - produkt do rozliczenia w dacie hospitalizacji podczas której pobrano materiał do badania, nie wcześniej niż po otrzymaniu jego wyniku; - nie można wykazywać łącznie z produktami o kodach: 5.53.01.0001653, 53.01.0001655; - zgodnie z zasadami określonymi w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2021 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania jednostek diagnostyki patomorfologicznej	X							

147	5.53.01.0001655	Dodatkowy koszt diagnostyki patomorfologicznej - materiał onkologiczny specjalny	**776**					X	X		X	X	X	X	X			X		X	X		X	X						X			X	X	X	X		X						X			X	- obejmuje zakres badań określonych w lp.3 załącznika nr 7a do zarządzenia; - produkt dedykowany dla świadczeniodawców, spełniających warunek określony w §19 ust. 10 -12 zarządzenia; - do sumowania ze świadczeniami udzielanymi na podstawie karty DiLO; - produkt do rozliczenia w dacie hospitalizacji podczas której pobrano materiał do badania, nie wcześniej niż po otrzymaniu jego wyniku; - nie można wykazywać łącznie z produktami o kodach: 5.53.01.0001653, 53.01.0001654; - zgodnie z zasadami określonymi w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2021 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania jednostek diagnostyki patomorfologicznej	X							
148	5.53.01.0001656	Dodatkowy koszt diagnostyki patomorfologicznej - materiał śródoperacyjny	**402**					X	X		X	X	X	X	X			X		X	X		X	X						X			X	X	X	X		X						X			X	- obejmuje zakres badań określonych w lp.4 załącznika nr 7a do zarządzenia; - produkt dedykowany dla świadczeniodawców, spełniających warunek określony w § 19 ust. 10 -12 zarządzenia; - do sumowania ze świadczeniami udzielanymi na podstawie karty DiLO; - produkt do rozliczenia w dacie hospitalizacji podczas której pobrano materiał do badania, nie wcześniej niż po otrzymaniu jego wyniku; - można sumować z produktami o kodach 5.53.01.0001653 - 53.01.0001655; - zgodnie z zasadami określonymi w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2021 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania jednostek diagnostyki patomorfologicznej								
149	5.53.01.0001657	Wytworzenie sztucznego dostępu do przewodu pokarmowego przeznaczonego do użytku długoterminowego	**1 496**					X			X	X				X	X			X	X	X	X			X	X		X	X		X	X		X											X	- obejmuje koszt wyrobu medycznego (zestaw do gastrostomii przezskórnej, gastrostomii balonowej, jejunostomii); - nie obejmuje założenia zgłębnika; - nie podlega rozliczeniu użycie drenu typu Pecer i Foley; - nie podlega odrębnemu rozliczeniu jednoczasowe założenie gastrostomii podczas innego zabiegu na przewodzie pokarmowym; - nie można sumować z produktami o kodach 5.51.01.0006006, 5.51.01.0018034 - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 43.11 Przezskórne endoskopowe wytworzenie przetoki żołądkowej [PEG] lub 43.19 Gastrostomia - inna lub 46.32 Przezskórna (endoskopowa) jejunostomia [PEJ]	X	X						
150	5.53.01.0005001	Podstawowe badanie genetyczne w chorobach nowotworowych	**649**					X	X			X			X					X	X		X	X					X	X			X	X		X								X	X	X	X	- obejmuje zakres badań określonych w lp.1 zał. nr 7 - co najmniej jedno z badań wskazanych w kategorii szczegółowej (zgodnie z zaleceniami postępowania diagnostycznego w nowotworach złośliwych rekomendowanymi przez polskie towarzystwa naukowe), - produkt do rozliczenia w dacie hospitalizacji podczas której pobrano materiał do badania, nie wcześniej po otrzymaniu jego wyniku (nie dotyczy w sytuacji rozliczania produktem o kodzie: 5.52.01.0001511), - nie można łączyć z produktem o kodzie: 5.10.00.0000041 z zakresu badania genetyczne z katalogu świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie - nie można wykazywać łącznie z produktami o kodach: 5.53.01.0005002, 5.53.01.0005003 - tryb ambulatoryjny wyłącznie do wykazania z produktem o kodzie 5.52.01.0001511	X							5.52.01.0001511
151	5.53.01.0005002	Złożone badanie genetyczne w chorobach nowotworowych	**1 298**					X	X			X			X					X	X		X	X					X	X			X	X		X								X	X	X	X	- obejmuje zakres badań określonych w lp. 2 załącznika nr 7 - co najmniej jedno z badań wskazanych w kategorii szczegółowej (zgodnie z zaleceniami postępowania diagnostycznego w nowotworach złośliwych rekomendowanymi przez polskie towarzystwa naukowe); - produkt do rozliczenia w dacie hospitalizacji podczas której pobrano materiał do badania, nie wcześniej niż po otrzymaniu jego wyniku (nie dotyczy w sytuacji rozliczania produktem o kodzie: 5.52.01.0001511); - nie można łączyć z produktem o kodzie: 5.10.00.0000041 z zakresu badania genetyczne z katalogu świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie; - nie można wykazywać łącznie z produktami o kodach: 5.53.01.0005001, 5.53.01.0005003; - tryb ambulatoryjny wyłącznie do wykazania z produktem o kodzie 5.52.01.0001511	X							5.52.01.0001511
152	5.53.01.0005003	Zaawansowane badanie genetyczne w chorobach nowotworowych	**2 434**					X	X			X			X					X	X		X	X					X	X			X	X		X		X						X	X	X	X	- obejmuje zakres badań określonych w lp. 3 załącznika nr 7 - co najmniej jedno z badań wskazanych w kategorii szczegółowej (zgodnie z zaleceniami postępowania diagnostycznego w nowotworach złośliwych rekomendowanymi przez polskie towarzystwa naukowe); - produkt do rozliczenia w dacie hospitalizacji, podczas której pobrano materiał do badania, nie wczesniej niż po otrzymaniu jego wyniku (nie dotyczy w sytuacji rozliczania produktem o kodzie: 5.52.01.0001511); - nie można łączyć z produktem o kodzie: 5.10.00.0000041 z zakresu badania genetyczne z katalogu świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie; - nie można wykazywać łącznie z produktami o kodach: 5.53.01.0005002, 5.53.01.0005002; - tryb ambulatoryjny wyłącznie do wykazania z produktem o kodzie 5.52.01.0001511	X							5.52.01.0001511
153	5.53.01.0005004	Aterektomia wieńcowa - rotablacja	**4 326**																								X																			X	- konieczność wykazania procedury wg ICD-9: 00.662 Aterektomia wieńcowa; - wyłącznie w przypadkach: 1) obecności silnie uwapnionych zmian miażdżycowych w tętnicy wieńcowej, zarówno w tętnicy natywnej jak i w obrębie neointimy u pacjentów z restenozą w stencie, których nie można poszerzyć cewnikiem balonowym (undilatable plaque) lub uniemożliwiających wprowadzenie cewnika balonowego w obręb zmiany (incrossible lesion); 2) obecności silnie uwapnionych zmian miażdżycowych na podstawie koronarografii, ultrasonografii wewnątrzwieńcowej (IVUS) lub optycznej tomografii koherentnej (OCT), uniemożliwiających prawidłowe rozprężenie stentu			E10, E11, E12G, E15, E23G, E24G, E26, E27, E29					
154	5.53.01.0005005	Ostra lub zdekompensowana niewydolność krążenia - leczenie w OINK	**4 056**																								X																			X	- czas pobytu w OINK > 2 dni; - w rozpoznaniach wg ICD-10: I50.0, I50.1, R57.0, R57.1, R57.8; - wymagane wskazanie co najmniej po jednej procedurze wg ICD-9 z list a, b i c lub co najmniej po jednej procedurze z list b i d: a) 99.296, 99.297, 99.298; b) 89.61, 89.62, 89.641, 89.642, 89.68; c) 31.1, 33.22, 34.041, 34.095, 37.0, 37.61, 39.951, 39.952, 54.956, 93.90, 93.91, 96.78,1 96.782, 99.102, 99.626, 99.622, 99.624; d) 99.2961, 99.2971, 99.2981			E10, E11, E12G, E15, E22E, E22F, E23G, E24G, E26, E27, E29, E31, E32, E33, E34, E36, E43, E44					
155	5.53.01.0005006	Terapia wewnątrzmaciczna - 1. kategoria *	**10 816**																																		X									X	- zgodnie z charakterystyką produktu określoną w załączniku nr 9; - do rozliczenia pod warunkiem, że terapia nie została objęta finansowaniem w ramach "Programu komleksowej terapii wewnątrzmaciczanej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób dziecka nienarodzonego - jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków na lata 2018-2026"; - do rozliczenia wyłącznie w zakresie położnictwo i ginekologia - III poziom referencyjny wyłącznie z grupami: N09, N11			N09	N11				
156	5.53.01.0005007	Terapia wewnątrzmaciczna - 2. kategoria *	**6 760**																																		X									X	- zgodnie z charakterystyką produktu określoną w załączniku nr 9; - do rozliczenia pod warunkiem, że terapia nie została objęta finansowaniem w ramach "Programu komleksowej terapii wewnątrzmaciczanej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób dziecka nienarodzonego - jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków na lata 2018-2026"; - do rozliczenia wyłącznie w zakresie położnictwo i ginekologia - III poziom referencyjny wyłącznie z grupami: N09, N11			N09	N11				
157	5.53.01.0005010	Opieka psychologiczna	**108**																																		X									X	- obejmuje pomoc psychologiczną kobiecie w sytuacji niepowodzenia położniczego podczas jej pobytu w oddziale szpitalnym; - produkt do rozliczenia w rozpoznaniach wg ICD-10: a) O03.0 - O03.9, O05.0 - O05.9, O06.0 - O06.9 - w ramach grupy M16; b) O35.0, O35.3 - O35.8, O36.4 - w ramach grup N06, N07C, N07D, N08, N12			M16, N06, N07C, N07D, N08, N12					

158	5.53.01.0001658	Leczenie ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej	**20 851**																									X															X	- produkt dedykowany dla świadczeniodawców spełniających warunki realizacji dla świadczenia gwarantowanego: Leczenie ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń mózgowych lub wewnątrzczaszkowych, o którym mowa w lp. 67 zał. nr 4 do rozporządzenia szpitalnego; - konieczność wykazania procedury wg ICD-9: 39.742; - wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego wg ICD-10: I63; - do jednorazowego dosumowania w trakcie pobytu.			A48					5.52.01.0001580
159	5.53.01.0001659	Koszt produktu leczniczego remdesivir stosowanego w leczeniu ciężkiej postaci zakażenia SARS-CoV-2	**1**											X	X	X			X			X						X			X												X	- konieczność udokumentowania zakupu faktura/ rachunkiem; - koszt remdesiviru (Veclury) , w wysokości uwzględniającej urzędową cenę zbytu, określoną w obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, dla których ustalono urzędową cenę zbytu netto, z uwzględnieniem przepisów ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 930 z późn. zm.); - wyłącznie w leczeniu objawowego zakażenia SARS-CoV-2, potwierdzonego dodatnim testem antygenowym lub molekularnym; - konieczność wskazania rozpoznania zasadniczego U07.1 COVID-19; - można sumować wyłącznie z grupami D18, D52, P04, P30, S57 we właściwych zakresach ich realizacji			D18	D52	P04	P30	S57	

(**) wartość ustalona na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2023 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2024 r. (Dz. U. poz. 1430)

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, z późn. zm.), zwanej dalej "ustawą o świadczeniach".

Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 37/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.) wprowadza, zgodnie z poleceniem Ministra Zdrowia (wyrażonym w piśmie z dnia 16 września 2024 r., znak: DLG.742.72.2024.MGL), zmiany uwzględniające Raport analityczny Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 9 września 2024 r., znak: BP.422.19.2024.MWJ.

W związku z powyższym, w załączniku nr 1c do zarządzenia wprowadzono możliwość rozliczania leku Remdesivir (Veklury - proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100mg, GTIN: 05391507147349) w ramach produktu z katalogu produktów do sumowania o kodzie 5.53.01.0001436 - Produkt leczniczy niezawarty w kosztach świadczenia. Produkt można sprawozdawać z grupami D18 Zapalenie płuc nietypowe, D52 Niewydolność oddechowa, P04 Choroby dolnych dróg oddechowych, P30 Infekcje wirusowe określone, S57 Inne choroby wirusowe, we właściwych dla tych grup zakresach, w przypadku pacjentów hospitalizowanych z objawowym zakażeniem SARS-CoV-2, potwierdzonym dodatnim testem antygenowym lub molekularnym.

Szacowany w skali roku skutek finansowy po stronie płatnika publicznego wynikający z wprowadzonej niniejszym zarządzeniem zmiany wynosi 32 mln zł.

Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1194 z późn. zm.), został poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 3 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 toku uzgodnień nad przedłożonym projektem zarządzenia 12 podmiotów zgłosiło 13 uwag i opinii. Pięć z nich dotyczyło rozszerzenia listy produktów leczniczych w zakażeniu wirusem SARS-CoV2 o Paxlovid (nirmatrelwir + rytonawir), 150 mg + 100 mg tabletki powlekane. Należy wskazać, że Fundusz wprowadził do zarządzenia produkt leczniczy Veclury (remdesivir) stosowany w leczeniu stacjonarnym, zgodnie z poleceniem Ministra Zdrowia, w oparciu o raport analityczny AOTMiT, które dotyczyło umożliwienia rozliczenia kosztów leku remdesivir (Veclury, GTIN: 05391507147349) w ramach produktu rozliczeniowego pn. *Produkt leczniczy niezawarty w kosztach świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego*. Kolejne uwagi dotyczyły rozszerzenia możliwości rozliczania świadczenia 5.53.01.0001436 Produkt leczniczy niezawarty w kosztach świadczenia - dot. leku remdesiviru (Veklury) o inne zakresy świadczeń. Ostatecznie utrzymano zasadę rozliczania produktu w zakresach, w których w pakietach rozliczeniowych dostępne są grupy D18, D52, P04, P30, S57, dla których kierującym rozpoznaniem jest U07.1 COVID-19 i uzupełniono dostępność w zakresie chorób płuc. Pacjenci z ciężkim przebiegiem COVID-19 wymagający hospitalizacji powinni być kierowani lub przekazywani do oddziałów o profilu odpowiadającym zakresom właściwym do rozliczania grup D18, D52, P04, P30, S57. Uwagi jednego podmiotu nie odnosiły się do przedmiotu przedłożonego projektu i nie zostały uwzględnione w ostatecznym kształcie zarządzenia. Jeden podmiot zgłosił uwagi po terminie. Dwa podmioty poinformowały o braku uwag do procedowanego projektu.

Na wniosek Prezesa Funduszu Minister Zdrowia pismem z dnia 26 września 2024 r. znak: DLU.736.190.2024.AŻ wyraził zgodę na skrócenie terminu wejścia w życie projektowanego zarządzenia w trybie art. 146 ust. 5 ustawy o świadczeniach. W związku ze zmianą stanu faktycznego, wynikającego z objęcia finansowaniem ze środków publicznych terapii remdesivirem (Veclury) na podstawie art. 6 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 930, 1938 i 2105) zaistniała konieczność dokonania zmiany w projektowanym modelu finansowania. W załączniku nr 1c (katalogu

produktów do sumowania) dodano nowy produkt rozliczeniowy o kodzie 5.53.01.0001659 Koszt produktu leczniczego remdesivir stosowanego w leczeniu ciężkiej postaci zakażenia SARS-CoV-2. Rozliczenie produktu odbywa się na podstawie faktury/ rachunku, w wysokości uwzględniającej urzędową cenę zbytu, określoną w obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, dla których ustalono urzędową cenę zbytu netto, na podstawie art. 37 ust. 4 ustawy refundacyjnej. Produkt można sprawozdawać z grupami D18 Zapalenie płuc nietypowe, D52 Niewydolność oddechowa, P04 Choroby dolnych dróg oddechowych, P30 Infekcje wirusowe określone, S57 Inne choroby wirusowe, we właściwych dla tych grup zakresach, w przypadku pacjentów hospitalizowanych z objawowym zakażeniem SARS-CoV-2, potwierdzonym dodatnim testem antygenowym lub molekularnym.

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

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.