

**ZARZĄDZENIE NR 68/2025/DSOZ
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 30 lipca 2025 r.

**zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju
świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie**

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

§ 1. W zarządzeniu Nr 167/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie²⁾, wprowadza się następujące zmiany:

- 1) załącznik nr 1 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia;
- 2) załącznik nr 1a do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia;
- 3) załącznik nr 14 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 3 do niniejszego zarządzenia.

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

§ 3. 1. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia zobowiązani są do wprowadzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami zmian wynikających z wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia.

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

§ 4. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 lipca 2025 r.

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

**PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Filip Nowak
Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
/dokument podpisany elektronicznie/

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 858, 1222, 1593, 1615 i 1915 oraz z 2025 r. poz. 129, 304, 637, 620, 779.

²⁾ W brzmieniu wynikającym z obwieszczenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie. Zmienione zarządzeniem Nr 116/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 września 2022 r., zarządzeniem Nr 143/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 listopada 2022 r., zarządzeniem Nr 30/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 lutego 2023 r., zarządzeniem Nr 48/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 lutego 2023 r., zarządzeniem Nr 68/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 kwietnia 2023 r. oraz zarządzeniem Nr 10/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 lutego 2025 r.

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr 68/2025/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 30 lipca 2025 r.

Katalog zakresów świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie

L p.	kod zakresu	nazwa zakresu	kod produktu	nazwa produktu	jednostka rozliczeniowa	Taryfa ustalona przez AOT MiT	Wartość punktowa produktu rozliczeniowego	warunki wykonania			uwagi
								świadczenie wykonywane w warunkach domowych	świadczenie wykonywane w trybie ambulatoryjnym	świadczenie wykonywane w trybie hospitalizacji	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	11.4132.001.02	dializoterapia otrzewnowa	5.10.00.0000051	dializa otrzewnowa	punkt	19,4	228,36	x	x		za osobodzień, obejmuje pełne koszty i badania dodatkowe, w tym środki stymulujące erytropoezę
2	11.4132.002.12	hemodializoterapia	5.10.00.0000091	hemodializa - świadczenie wykonywane w trybie ambulatoryjnym	punkt	34,82	409,93		x		
3			5.10.00.0000153	Hemodiafiltracja (HDF)	punkt	418	418,00		x		
4	11.4132.003.12	hemodializoterapia - z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru	5.10.00.0000092	hemodializa – świadczenie wykonywane w trybie ambulatoryjnym z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru oraz z dostępem do oddziału	punkt	38,58	454,20		x		

				nefrologii lub o profilu nefrologicznym							
5			5.10.00.0000153	Hemodiafiltracja (HDF)	punkt		440,97		x		
6	11.9800.041.02	terapia hiperbaryczna	5.10.00.0000151	Terapia hiperbaryczna (1 sprężenie u 1 pacjenta) – z zapewnieniem 24h dostępności	punkt	520	520,00		x	x	
7			5.10.00.0000152	Terapia hiperbaryczna (1 sprężenie u 1 pacjenta) – bez zapewnienia 24h dostępności	punkt	360	360,00		x		
8	11.2150.042.02	tlenoterapia domowa	5.10.00.0000006	tlenoterapia w warunkach domowych	punkt		11,49	x			za osobodzeń, w tym koszt środków technicznych;
9	11.0000.047.02	żywienie pozajelitowe w warunkach domowych	5.10.00.0000007	żywienie pozajelitowe dorosłych w warunkach domowych	punkt		230,00	x			za osobodzeń,
10			5.10.00.0000008	żywienie pozajelitowe dzieci w warunkach domowych	punkt		402,00	x			
11	11.0000.048.02	żywienie dojelitowe w warunkach domowych	5.10.00.0000050	żywienie dojelitowe w warunkach domowych	punkt		92,00	x			
12	11.1210.052.12	badania zgodności tkankowej	5.10.00.0000016	badanie antygenów zgodności tkankowej przy typowaniu dawców szpiku	świadczenie		1		x		

				lub komórek krwiotwórczych albo żywych dawców wątroby lub nerki							
13	11.1210.053.02	badania genetyczne	5.10.00.0000041	kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nowotworowych	punkt		532,51		x		
14			5.10.00.0000043	kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nienowotworowych z uwzględnieniem cytogenetycznych badań molekularnych	punkt		1 065,02		x		
15			5.10.00.0000047	diagnostyka cukrzycy monogenowej - badania genetyczne	punkt	2 154	2 154,00		x		
16			5.10.00.00000233	Badanie genetyczne metodą porównawczej hybrydyzacji genomowej do mikromacierzy (aCGH – Array Comparative Genomic Hybridization) z równoczesną hodowlą komórkową	punkt		1113,40		x		

17			5.10.00.0000 234	Badanie genetyczne metodą porównawczej hybrydyzacji genomowej do mikromacierzy (aCGH – Array Comparative Genomic Hybridization) z wykorzystaniem mikromacierzy o niskiej rozdzielczości (równej lub powyżej 60 tysięcy/ 60k sond)	punkt		1 065,02		x		
18			5.10.00.0000 235	Badanie genetyczne metodą porównawczej hybrydyzacji genomowej do mikromacierzy (aCGH – Array Comparative Genomic Hybridization) z wykorzystaniem mikromacierzy o wysokiej rozdzielczości (równej lub powyżej 180 tysięcy/ 180k sond)	punkt		1377,10		x		
19			5.10.00.0000 236	Analiza ekspresji jednego genu (w	punkt		392,70		x		do rozliczenia niezbędne jest

			tym genu fuzyjnego) przy użyciu metody Real-Time PCR – ilościowa reakcja łańcuchowa polimerazy w czasie rzeczywistym (qRT-PCR – Real-Time Quantitative Polymerase Chain Reaction)						sprawozdanie jednego z produktów z przedziału 5.10.00.0000238 - 5.10.00.0000257
20		5.10.00.0000 237	Analiza ekspresji dwóch i więcej genów (w tym genów fuzyjnych) przy użyciu metody Real-Time PCR – ilościowa reakcja łańcuchowa polimerazy w czasie rzeczywistym (qRT-PCR – Real-Time Quantitative Polymerase Chain Reaction)	punkt		830,70		x	do rozliczenia niezbędne jest sprawozdanie co najmniej dwóch produktów z przedziału 5.10.00.0000238 - 5.10.00.0000257
21		5.10.00.0000 238	Diagnostyka w kierunku rozpoznawania genów fuzyjnych BCR::ABL1 lub chromosomu Philadelphia	Produkt statystycz ny		0		x	

			(Ph)							
22			5.10.00.0000 239	Diagnostyka w kierunku rozpoznawania genów fuzyjnych PML::RARA	Produkt statystyczny		0		x	
23			5.10.00.0000 240	Diagnostyka w kierunku rozpoznawania genów fuzyjnych RUNX1::RUNX1T1	Produkt statystyczny		0		x	
24			5.10.00.0000 241	Diagnostyka w kierunku rozpoznawania genów fuzyjnych CBFβ::MYH11	Produkt statystyczny		0		x	
25			5.10.00.0000 242	Diagnostyka w kierunku rozpoznawania mutacji NPM1	Produkt statystyczny		0		x	
26			5.10.00.0000 243	Monitorowanie odpowiedzi na zastosowaną terapię oraz ocena chimerizmu przeszczepowego u pacjentów poddanych transplantacji allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych	Produkt statystyczny		0		x	
27			5.10.00.0000 244	Monitorowanie minimalnej	Produkt statystyczny		0		x	

			choroby resztkowej, które obejmuje identyfikację rearanżacji genów do monitorowania PCR MRD ALL: ALL MRD-PCR1	ny						
28		5.10.00.0000 245	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje identyfikację rearanżacji genów do monitorowania PCR MRD ALL: ALL-MRD-PCR2	Produkt statystyczny		0		x		
29		5.10.00.0000 246	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą PCR w ALL: ALL-MRD-PCR1	Produkt statystyczny		0		x		
30		5.10.00.0000 247	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą PCR w ALL: ALL-MRD-	Produkt statystyczny		0		x		

			PCR2							
31		5.10.00.0000 248	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje diagnostykę molekularną AML i oznaczenie wyjściowego poziomu badanego transkryptu do monitorowania MRD - PML::RARA	Produkt statystyczny		0		x		
32		5.10.00.0000 249	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje diagnostykę molekularną AML i oznaczenie wyjściowego poziomu badanego transkryptu do monitorowania MRD - RUNX1::RUNX1T1	Produkt statystyczny		0		x		
33		5.10.00.0000 250	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje diagnostykę molekularną	Produkt statystyczny		0		x		

				AML i oznaczenie wyjściowego poziomu badanego transkryptu do monitorowania MRD - CBFB::MYH11						
34			5.10.00.0000 251	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje diagnostykę molekularną AML i oznaczenie wyjściowego poziomu badanego transkryptu do monitorowania MRD - mutacja NPM1	Produkt statystycz ny		0		x	
35			5.10.00.0000 252	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą qRT-PCR - geny fuzyjne w AML - PML::RARA	Produkt statystycz ny		0		x	
36			5.10.00.0000 253	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie	Produkt statystycz ny		0		x	

				MRD metodą qRT-PCR - geny fuzyjne w AML - RUNX1:: RUNX1T1							
37			5.10.00.0000 254	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą qRT-PCR - geny fuzyjne w AML - BFB::MYH11	Produkt statystycz ny		0		x		
38			5.10.00.0000 255	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą qRT-PCR w AML - mutacja NPM1	Produkt statystycz ny		0		x		
39			5.10.00.0000 256	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie wyjściowego poziomu badanego transkryptu BCR::ABL1 w	Produkt statystycz ny		0		x		

				CML							
40			5.10.00.0000 257	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczanie MRD metodą qRT-PCR – transkrypt BCR::ABL1 w CML	Produkt statystyczny		0		x		
41	11.1210.160 .02	badania genetyczne - świadczenia diagnostyki genetycznej udzielane osobom do ukończenia 18 roku życia	5.10.00.0000 41	kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nowotworowych	punkt		532,51		x		
42			5.10.00.0000 043	kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nienowotworowych z uwzględnieniem cytogenetycznych badań molekularnych	punkt		1 065,02		x		
43			5.10.00.0000 047	diagnostyka cukrzycy monogenowej - badania genetyczne	punkt	2 154	2 154,00		x		
44			5.10.00.0000 233	Badanie genetyczne metodą porównawczej hybrydyzacji genomowej do mikromacierzy	punkt		1113,40		x		

				(aCGH – Array Comparative Genomic Hybridization) z równoczesną hodowlą komórkową							
45			5.10.00.0000 234	Badanie genetyczne metodą porównawczej hybrydyzacji genomowej do mikromacierzy (aCGH – Array Comparative Genomic Hybridization) z wykorzystaniem mikromacierzy o niskiej rozdzielczości (równej lub powyżej 60 tysięcy/ 60k sond)	punkt		1 065,02		x		
46			5.10.00.0000 235	Badanie genetyczne metodą porównawczej hybrydyzacji genomowej do mikromacierzy (aCGH – Array Comparative Genomic Hybridization) z wykorzystaniem mikromacierzy o wysokiej rozdzielczości	punkt		1377,10		x		

				(równej lub powyżej 180 tysięcy/ 180k sond)						
47			5.10.00.0000 236	Analiza ekspresji jednego genu (w tym genu fuzyjnego) przy użyciu metody Real-Time PCR – ilościowa reakcja łańcuchowa polimerazy w czasie rzeczywistym (qRT-PCR – Real-Time Quantitative Polymerase Chain Reaction)	punkt		392,70		x	do rozliczenia niezbędne jest sprawozdanie jednego z produktów z przedziału 5.10.00.0000238 - 5.10.00.0000257
48			5.10.00.0000 237	Analiza ekspresji dwóch i więcej genów (w tym genów fuzyjnych) przy użyciu metody Real-Time PCR – ilościowa reakcja łańcuchowa polimerazy w czasie rzeczywistym (qRT-PCR – Real-Time Quantitative Polymerase Chain Reaction)	punkt		830,70		x	do rozliczenia niezbędne jest sprawozdanie co najmniej dwóch produktów z przedziału 5.10.00.0000238 - 5.10.00.0000257

49			5.10.00.0000 238	Diagnostyka w kierunku rozpoznawania genów fuzyjnych BCR::ABL1 lub chromosomu Philadelphia (Ph)	Produkt statystyczny	0	x			
50			5.10.00.0000 239	Diagnostyka w kierunku rozpoznawania genów fuzyjnych PML::RARA	Produkt statystyczny	0	x			
51			5.10.00.0000 240	Diagnostyka w kierunku rozpoznawania genów fuzyjnych RUNX1::RUNX1T1	Produkt statystyczny	0	x			
52			5.10.00.0000 241	Diagnostyka w kierunku rozpoznawania genów fuzyjnych CBFB::MYH11	Produkt statystyczny	0	x			
53			5.10.00.0000 242	Diagnostyka w kierunku rozpoznawania mutacji NPM1	Produkt statystyczny	0	x			
54			5.10.00.0000 243	Monitorowanie odpowiedzi na zastosowaną terapię oraz ocena chimeryzmu przeszczepowego u pacjentów poddanych	Produkt statystyczny	0	x			

				transplantacji allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych						
55			5.10.00.0000 244	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje identyfikację rearanżacji genów do monitorowania PCR MRD ALL: ALL MRD-PCR1	Produkt statystycz ny		0		x	
56			5.10.00.0000 245	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje identyfikację rearanżacji genów do monitorowania PCR MRD ALL: ALL- MRD-PCR2	Produkt statystycz ny		0		x	
57			5.10.00.0000 246	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą PCR w ALL: ALL-MRD- PCR1	Produkt statystycz ny		0		x	
58			5.10.00.0000	Monitorowanie minimalnej	Produkt statystycz		0		x	

			247	choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą PCR w ALL: ALL-MRD-PCR2	ny						
59			5.10.00.0000 248	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje diagnostykę molekularną AML i oznaczenie wyjściowego poziomu badanego transkryptu do monitorowania MRD - PML::RARA	Produkt statystyczny		0		x		
60			5.10.00.0000 249	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje diagnostykę molekularną AML i oznaczenie wyjściowego poziomu badanego transkryptu do monitorowania MRD - RUNX1::RUNX1T1	Produkt statystyczny		0		x		

61			5.10.00.0000 250	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje diagnostykę molekularną AML i oznaczenie wyjściowego poziomu badanego transkryptu do monitorowania MRD - CFBF::MYH11	Produkt statystyczny		0		x		
62			5.10.00.0000 251	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje diagnostykę molekularną AML i oznaczenie wyjściowego poziomu badanego transkryptu do monitorowania MRD - mutacja NPM1	Produkt statystyczny		0		x		
63			5.10.00.0000 252	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą qRT-PCR - geny fuzyjne w AML	Produkt statystyczny		0		x		

			- PML::RARA							
64		5.10.00.0000 253	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą qRT-PCR - geny fuzyjne w AML - RUNX1::RUNX1T1	Produkt statystyczny		0		x		
65		5.10.00.0000 254	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą qRT-PCR - geny fuzyjne w AML - BFB::MYH11	Produkt statystyczny		0		x		
66		5.10.00.0000 255	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczenie MRD metodą qRT-PCR w AML - mutacja NPM1	Produkt statystyczny		0		x		
67		5.10.00.0000 256	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje	Produkt statystyczny		0		x		

				oznaczenie wyjściowego poziomu badanego transkryptu BCR::ABL1 w CML							
68			5.10.00.0000 257	Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej, które obejmuje oznaczanie MRD metodą qRT-PCR – transkrypt BCR::ABL1 w CML	Produkt statystyczny		0		x		
69			5.10.00.00000 21	scyntygrafia całego ciała z zastosowaniem znakowanych analogów somatostatyny	punkt		5 326,13		x		
70			5.10.00.00000 22	scyntygrafia nadnerczy/innych okolic ciała	punkt		2 366,94		x		
71	11.0000.040. 02	badania izotopowe	5.10.00.00000 23	scyntygrafia wentylacyjna płuc	punkt		1 775,72		x		
72			5.10.00.00000 24	scyntygrafia całego ciała z zastosowaniem cytrynianu galu	punkt		2 959,19		x		
73			5.10.00.00000 25	scyntygrafia z zastosowaniem znakowanych leukocytów	punkt		2 722,29		x		

74			5.10.00.00000 49	diagnostyka zaburzeń czynności układu pozapiramidowego w przebiegu schorzeń zwyrodnieniowych ośrodkowego układu nerwowego za pomocą radiofarmaceutyków	punkt	6 272	6 272,00	x		
75	11.0000.043. 02	terapia izotopowa	5.10.00.00000 18	terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy - porada kwalifikacyjna	punkt		355,35	x		nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi
76			5.10.00.00000 19	terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy - podanie izotopu	punkt		355,35	x		
77			5.10.00.00000 20	terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy - porada kontrolna	punkt		82,40	x		nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi
78			5.10.00.00000 26	terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości -	punkt		592,25	x		nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi

				porada kwalifikacyjna						
79			5.10.00.00000 27	terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości - podanie izotopu strontu	punkt		2 959,19		x	
80			5.10.00.00000 28	terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości - podanie izotopu samaru	punkt		4 733,88		x	
81			5.10.00.00000 29	terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości - porada kontrolna	punkt		118,45		x	nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi
82			5.10.00.00000 65	synowiektomie radioizotopowe - porada kwalifikacyjna	punkt		295,61		x	nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi
83			5.10.00.00000 30	synowiektomie radioizotopowe	punkt		2 366,94		x	
84			5.10.00.00000 66	synowiektomie radioizotopowe - porada kontrolna	punkt		94,76		x	nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi
85	11.0000.041. 02	zaopatrzenie protetyczne	5.10.00.00000 36	zaopatrzenie w protezę twarzy	punkt		426,42		x	obejmuje koszt protezy

86			5.10.00.00000 37	zaopatrzenie w protezę nosa	punkt		4 852,33		x		obejmuje koszt protezy
87			5.10.00.00000 38	zaopatrzenie w protezę małżowiny usznej	punkt		4 852,33		x		obejmuje koszt protezy
88			5.10.00.00000 39	zaopatrzenie w ektoprotezę: gałki ocznej, wargi i nosa	punkt		5 798,90		x		obejmuje koszt protezy
89			5.10.00.00000 40	naprawa i renowacja protezy twarzy	punkt		532,51		x		obejmuje koszt protezy
90			5.10.00.00000 45	powiększenie indywidualnej protezy gałki ocznej	punkt		592,25		x		obejmuje koszt protezy
91			5.10.00.00000 48	zatyczka do protezy gałki ocznej	punkt		355,35		x		
92	11.7220.001. 12	pozytonowa tomografia emisyjna (PET)	5.10.00.00001 03	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy I	punkt	236,22	2 795,42		x		- za jedno badanie - grupa I obejmuje radiofarmaceutyki: 18F-FDG, 18F-NaF.
93			5.10.00.00001 04	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy II	punkt	349,96	4 141,63		x		- za jedno badanie - grupa II obejmuje inne radiofarmaceutyki: zarejestrowane w Polsce 18F-cholina (18-fluorocholina) lub nie zarejestrowane w Polsce a sprowadzane w trybie importu docelowego lub produkowane na potrzeby własne przez laboratorium świadczeniodawcy

											zgodnie z prawem atomowym
94	11.1021.046.02	leczenie cukrzycy z zastosowanie m pompy insulinowej u dzieci	5.10.00.00000 53	leczenie cukrzycy z zastosowanie m pompy insulinowej u dzieci do 6 roku życia albo wymagających do 20 jednostek insuliny na dobę	punkt		7 469,00		x		
95			5.10.00.00000 54	leczenie cukrzycy z zastosowanie m pompy insulinowej u dzieci od 6 do 18 roku życia	punkt		6 894,00		x		
96	11.1021.047.02	leczenie cukrzycy z zastosowanie m pompy insulinowej u dorosłych	5.10.00.00000 56	leczenie cukrzycy z zastosowanie m pompy insulinowej u dorosłych w wieku 18-26 lat wymagających do 30 jednostek insuliny na dobę	punkt		7 469,00		x		
97			5.10.00.00000 57	leczenie cukrzycy z zastosowanie m pompy insulinowej u dorosłych w wieku 18-26 lat	punkt		6 894,00		x		

98	10.0000.050. 02	kompleksowe leczenie wrodzonej sztywności wielostawowe j	5.10.00.00000 58	kompleksowe operacyjne leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		13 539,35		x	obejmuje zabieg operacyjny korygujący deformację na przynajmniej dwóch poziomach w obrębie tkanek miękkich i/lub kostnych kończyny dolnej i miednicy- w czasie jednej sesji operacyjnej oraz rehabilitację w oddziale z dopasowaniem i założeniem ortez; nie można łączyć ze świadczeniami z innych rodzajów
99			5.10.00.00000 59	operacyjne leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		4 923,40		x	obejmuje zabieg operacyjny korygujący deformację na jednym poziomie w obrębie tkanek miękkich i/lub kostnych kończyny górnej lub dolnej oraz rehabilitacją w oddziale z dopasowaniem i założeniem ortez; nie można łączyć ze świadczeniami z innych rodzajów
10 0			5.10.00.00000 60	kompleksowe zachowawcze leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		4 307,46		x	obejmuje diagnostykę, rehabilitację w Oddziale Ortopedii, założenie i dopasowanie ortez; nie można łączyć ze świadczeniami z innych rodzajów
10 1			5.10.00.00000 61	rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych wrodzonej	punkt		177,10		x	osobodzień w oddziale rehabilitacji ogólnoustrojowej dzieci; nie można łączyć ze świadczeniami z innych

				sztywności wielostawowej						rodzajów
10 2			5.10.00.00000 62	zaopatrzenie w przedmiot ortopedyczny w leczeniu wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		1		x	koszt wyrobu wykonanego na zamówienie, o którym mowa w ustawie z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. poz. 974) art. 2 pkt. 36; udokumentowany fakturą; możliwość rozliczenia ze świadczeniami w trybie hospitalizacji z niniejszego zakresu
10 3			5.10.00.00000 63	porada zabiegowa w leczeniu wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		270,89		x	korekcje manualne deformacji i założenie unieruchomienia gipsowego; usunięcie materiału zespalającego po leczeniu operacyjnym; nie można sumować ze świadczeniami nr:5.10.00.0000058, 5.10.00.0000059, 5.10.00.0000060, 5.10.00.0000061, 5.10.00.0000062
10 4			5.10.00.00000 64	porada zachowawcza w leczeniu wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		74,16		x	diagnostyka RTG, pobranie miary/korekta ortez; nie można sumować ze świadczeniami nr:5.10.00.0000058, 5.10.00.0000059, 5.10.00.0000060,

										5.10.00.0000061, 5.10.00.0000062
10 5			5.10.00.00001 57	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawn ości.	punkt	15	15,00		x	- za osobodzień; - do rozliczania z produktami : 5.10.00.0000058, 5.10.00.0000059, 5.10.00.0000060, 5.10.00.0000061; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz.1128).

10 6	11.0000.049. 02	leczenie spastyczności opornej na leczenie farmakologicz ne z zastosowanie m pompy baklofenowej	5.10.00.00000 67	pompa baklofenowa	punkt		1			x	koszt zakupu kompletnego zestawu pompy baklofenowej - zgodny z wynikiem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego
10 7			5.10.00.00000 68	cewnik do pompy baklofenowej	punkt		1			x	- koszt cewnika wraz z osprzętem wg faktury zakupu; - rozliczenie wyłącznie w przypadku wymiany
10 8			5.10.00.00000 69	założenie / wymiana / usunięcie pompy baklofenowej	punkt		3 360,89			x	-wymiana nie wcześniej niż przed upływem okresu gwarancji; - nie obejmuje kosztu pompy baklofenowej i baklofenu
10 9			5.10.00.00000 70	wymiana cewnika z przestrzeni nadtwardówkow ej, podpajęczynówk owej lub podtwardówkow ej rdzenia	punkt		1 680,96			x	nie obejmuje kosztu cewnika do pompy baklofenowej i baklofenu
11 0			5.10.00.00000 71	hospitalizacja związana z uzupełnieniem pompy baklofenowej	punkt		532,51			x	nie obejmuje kosztu baklofenu
11 1			5.10.00.00000 72	test baklofenowy	punkt		632,00			x	obejmuje wszystkie koszty, w tym koszt baklofenu
11 2			5.10.00.00000 73	baklofen	punkt		747,00			x	za jedną ampulkę zawierającą 10 mg baklofenu

11 3			5.10.00.00001 57	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.	punkt	15	15,00		x	- za osobodzień; - do rozliczania z produktami : 5.10.00.0000069, 5.10.00.0000070, 5.10.00.0000071, 5.10.00.0000072; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz.1128).	
11 4	11.0000.050. 12	Teleradioterapia protonowa	5.10.00.00000 76	teleradioterapia hadronowa wiązką protonów	świadczenie		1		x	x	- za cały proces leczenia, - dotyczy świadczenia gwarantowanego "Terapia protonowa

											nowotworów oka", określonego w zał. nr 4 do rozporządzenia szpitalnego
11 5			5.10.00.00001 57	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.	punkt	15	15,00			x	- za osobodzień; - do rozliczania z produktem 5.10.00.0000076; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz.1128).
11 6	11.0000.950. 12	Teleradioterapia protonowa - pakiet	5.10.00.00000 76	teleradioterapia hadronowa wiązką	świadczenie		1		x	x	- za cały proces leczenia; - dotyczy świadczenia gwarantowanego

		onkologiczny		protonów							"Terapia protonowa nowotworów oka", określonego w zał. nr 4 do rozporządzenia szpitalnego
11 7			5.10.00.00001 57	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.	punkt	15	15,00			x	- za osobodzień; - do rozliczania z produktem 5.10.00.0000076; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz.1128).

11 8	11.0000.051. 02	Domowa antybiotykoter apia dożylna	5.10.00.00000 74	podanie antybiotyku dożylnie lub we wlewie	punkt		35,02	x		dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; obejmuje także koszt: - sprzętu i środków opatrunkowych, - przygotowania pacjenta i opiekunów
11 9			5.10.00.00000 75	wizyta kontrolna po zakończeniu terapii	punkt		177,16		x	obejmuje także koszt: - zapewnienia kontaktu telefonicznego, - badań wymienionych w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20 część "Pozostałe wymagania" pkt 1 ppkt 7).
12 0			5.10.00.00002 20	Antybiotyk podawany dożylnie (z listy antybiotyków wymienionej w załączniku nr 18)	punkt		1	x		dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
12 1	11.9000.001. 02	Kompleksowe leczenie ran przewlekłych (KLRP-1)	5.10.00.00000 77	KLRP-1 etap I	punkt		825,03		x	ryczałt (średnio 4 wizyty w ciągu 4 tygodni).
12 2			5.10.00.00000 78	KLRP-1 etap I z transportem	punkt		1 402,86		x	ryczałt (średnio 4 wizyty w ciągu 4 tygodni).
12 3			5.10.00.00000 79	KLRP-1 etap IIa	punkt		701,43		x	ryczałt (średnio 8 wizyt w ciągu 12 tygodni)
12 4			5.10.00.00000 80	KLRP-1 etap IIa z transportem	punkt		1 193,77		x	ryczałt (średnio 8 wizyt w ciągu 12 tygodni)

12 5			5.10.00.00000 81	KLRP-1 etap IIb kategoria I	punkt		9 625,35		x	leczenie w oddziale - dotyczy głównie operacyjnego leczenia odleżyn, owrzodzeń popromiennych i przewlekłych ran pourazowych . konieczne wykonanie co najmniej jednej z procedur ICD 9: 83.82, 86.71, 86.72, 86.73, 86.741, 86.742, 86.743, 86.744, 86.745, 86.746, 86.751, 86.79
12 6			5.10.00.00000 82	KLRP-1 etap IIb kategoria II	punkt		5 501,23		x	leczenie w oddziale - dotyczy operacji owrzodzeń o etiologii naczyniowej, stóp cukrzycowych, owrzodzeń powstałych w przebiegu bakteryjnego zapalenia skóry i tkanki podskórnej, łączy się z leczeniem opatrunkami z miejscowym podciśnieniem konieczne wykonanie co najmniej jednej z procedur ICD 9: 77.87, 77.88, 77.891, 77.892, 80.97, 80.98, 84.119, 84.129, 84.31, 84.32, 84.33, 86.221, 86.222, 86.223, 86.601, 86.602, 86.603, 86.609, 86.65, 86.71, 86.72, 86.73, 86.741, 86.742, 86.743, 86.744, 86.745, 86.746, 86.751, 86.752, 86.79, 86.89

12 7			5.10.00.00000 83	KLRP-1 etap IIb kategoria III	punkt		6 954,56		x	leczenie w oddziale - dotyczy operacji owrzodzeń o etiologii żylnej z operacją układu żylnego przeprowadzoną w czasie tej samej hospitalizacji konieczne wykonanie co najmniej jednej z procedur ICD 9: 86.221, 86.222, 86.223, 86.601, 86.602, 86.603, 86.609, 86.65 oraz co najmniej dwóch z procedur ICD 9: 38.50, 38.591, 38.592, 38.593, 38.594, 38.595, 38.596, 38.691, 38.692, 38.693, 38.694, 38.695, 38.696
12 8			5.10.00.00000 84	KLRP-1 etap IIb kategoria IV	punkt		2 941,68		x	leczenie w oddziale - dotyczy operacji owrzodzeń o etiologii naczyniowej, stóp cukrzycowych, owrzodzeń powstałych w przebiegu bakteryjnego zapalenia skóry i tkanki podskórnej oraz leczenia opatrunkami z miejscowym podciśnieniem stosowane jako przygotowanie do zamknięcia rany, lub leczenie operacyjne w innym oddziale (finansowane na zasadach ogólnych – nie w ramach produktu). konieczne wykonanie co

									najmniej jednej z procedur ICD 9: 80.88, 86.04, 86.221, 86.222, 86.229, 86.609, 86.89
12 9		5.10.00.00000 85	KLRP-1 etap III	punkt		295,61		x	ryczałt (średnio 4 wizyty w ciągu 8 tygodni):
13 0		5.10.00.00000 86	KLRP-1 etap III z transportem	punkt		504,70		x	ryczałt (średnio 4 wizyty w ciągu 8 tygodni):
13 1		5.10.00.00000 87	KLRP-1 etap IV	punkt		307,97		x	ryczałt (wizyta kontrolna – po 3 miesiącach od zagojenia rany), obejmuje też: ewaluację wyników prowadzonej edukacji oraz ewaluację realizacji planu leczenia.
13 2		5.10.00.00000 88	KLRP-1 etap IV z transportem	punkt		529,42		x	ryczałt (wizyta kontrolna – po 3 miesiącach od zagojenia rany), obejmuje też: ewaluację wyników prowadzonej edukacji oraz ewaluację realizacji planu leczenia.
13 3		5.10.00.00000 89	KLRP-1 etap IV bez zagojenia rany	punkt		221,45		x	ryczałt (wizyta kontrolna – po 3 miesiącach od zagojenia rany), obejmuje też: ewaluację wyników prowadzonej edukacji oraz ewaluację realizacji planu leczenia. W przypadku braku zagojenia rany (konieczna dokumentacja fotograficzna, ocena planimetryczna i/lub ocena głębokości rany)
13 4		5.10.00.00000 90	KLRP-1 etap IV bez zagojenia rany, z transportem	punkt		381,10		x	ryczałt (wizyta kontrolna – po 3 miesiącach od zagojenia rany), obejmuje też: ewaluację

										wyników prowadzonej edukacji oraz ewaluację realizacji planu leczenia. W przypadku braku zagojenia rany (konieczna dokumentacja fotograficzna, ocena planimetryczna i/lub ocena głębokości rany)
13 5			5.10.00.00001 57	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.	punkt	15	15,00		x	- za osobodzień; - do rozliczania z produktami: 5.10.00.0000081, 5.10.00.0000082, 5.10.00.0000083, 5.10.00.0000084; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r.

											o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz.1128).
13 6	11.1450.400. 02	Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży - KOC I (KOC I)	5.10.00.00001 43	ryczałt KOC I - od I trymestru ciąży	punkt		6 269	x	x	x	obejmuje opiekę, zgodnie z opisem KOC I, rozpoczętą przed końcem 14 tygodnia ciąży
13 7			5.10.00.00001 44	ryczałt KOC I - od 15 tygodnia ciąży	punkt		5 758	x	x	x	obejmuje opiekę, zgodnie z opisem KOC I, rozpoczętą od 15 tygodnia ciąży
13 8			5.10.00.00001 45	ryczałt KOC I - od 33 tygodnia ciąży	punkt		5 296	x	x	x	obejmuje opiekę, zgodnie z opisem KOC I, rozpoczętą od 33 tygodnia ciąży
13 9			5.10.00.00001 46	ryczałt KOC I, w przypadku prowadzenia ciąży przez położną	punkt		4 878		x	x	rozliczany łącznie z produktem o kodzie: 5.10.00.0000147 "ryczałt KOC I - prowadzenie ciąży przez położną", w przypadku gdy ciążę prowadziła położna KOC I i poród odbył się u koordynatora
14 0			5.10.00.00001 47	ryczałt KOC I - prowadzenie ciąży przez położną	punkt		1 391	x	x		do łącznego rozliczania z produktem o kodzie: 5.10.00.0000146 "ryczałt KOC I, w przypadku prowadzenia ciąży przez położną". Obejmuje prowadzenie ciąży fizjologicznej przez położną KOC I zgodnie ze schematem wynikającym z

										rozporządzenia o opiece okołoporodowej
14 1			5.10.00.00001 14	(N22KOC) Noworodek wymagający intensywnej terapii	punkt		23 001		x	- produkt dedykowany dla II poziomu opieki neonatologicznej, - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, - obejmuje opiekę nad noworodkiem wymagającym intensywnej terapii, - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobięcego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983.

14 2			5.10.00.00002 19	(N22AKOC) Noworodek wymagający intensywnego monitorowania i specjalistycznej opieki	punkt		11 298			x	- produkt dedykowany dla II poziomu opieki neonatologicznej, - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, - obejmuje opiekę nad noworodkiem wymagającym intensywnej terapii (m.in. noworodkiem ze skrajnie niską urodzeniową masą ciała, wrodzonymi wadami rozwojowymi, wodogłowie), - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobięcego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983
14 3			5.10.00.00001 15	(N23KOC) Noworodek	punkt		27 738			x	- produkt dedykowany dla II poziomu opieki

			wymagający rozszerzonej diagnostyki							neonatologicznej, - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, - obejmuje opiekę nad noworodkiem wymagającym intensywnej opieki, - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobiecego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983
14 4		5.10.00.00001 16	(N24KOC) Noworodek wymagający szczególnej opieki	punkt		5 456			x	- produkt dedykowany dla II poziomu opieki neonatologicznej, - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ

										w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, - produkt dedykowany dzieciom urodzonym w innym ośrodku, - nie można sumować z ryczałtem KOC I, - możliwość rozliczania hospitalizacji dziecka w wieku powyżej 6 tygodnia życia urodzonego u koordynatora, - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobięcego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983.
14 5			5.10.00.00001 17	(N25KOC) Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru	punkt		2 468			x - produkt dedykowany dla II poziomu opieki neonatologicznej, - rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia

									warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, - produkt dedykowany dzieciom urodzonym w innym ośrodku, - nie można sumować z ryczałtem KOC I, - możliwość rozliczania hospitalizacji dziecka w wieku powyżej 6 tygodnia życia urodzonego u koordynatora, - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobięcego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983.
14 6		5.10.00.00001 48	hospitalizacja przed przekazaniem do ośrodka o wyższym poziomie referencyjnym (KOC I)	punkt		668		x	rozliczanie wyłącznie w przypadku przeniesienia pacjentki do ośrodka wyższego poziomu referencyjnego, w sytuacji kiedy poród nie odbył się u koordynatora
14 7		5.10.00.00001 49	wizyta patronażowa położnej (KOC I)	punkt		28	x		rozliczanie wyłącznie w przypadku wizyt patronażowych położnej KOC I; nie więcej niż 6

										wizyt w ciągu 2 miesięcy
14 8			5.10.00.00001 57	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.	punkt	15	15		x	- za osobodzień; - do rozliczania z produktami: 5.10.00.0000143, 5.10.00.0000144, 5.10.00.0000145, 5.10.00.0000146, 5.10.00.0000114, 5.10.00.0000115, 5.10.00.0000116, 5.10.00.0000117, 5.10.00.0000148, 5.10.00.0000219; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy

											o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz.1128).
14 9	11.9000.002. 02	Kompleksowe leczenie ran przewlekłych 2 (KLRP-2)	5.10.00.00001 58	KLRP-2 kwalifikacja	punkt		613,84		x		obejmuje wizytę pielęgniarską i lekarską , (w tym badania) zgodnie z opisem KLRP-2;
15 0			5.10.00.00001 59	KLRP-2 etap I A	punkt		761,14	x	x		- ryczałt obejmuje 5 wizyt: 4 pielęgniarskie oraz 1 wizytę kontrolną lekarską zgodnie z opisem KLRP-2; - w przypadku wizyt środowiskowych stosuje się mnożnik 1,1
15 1			5.10.00.00001 60	KLRP-2 etap I B	punkt		620,19	x	x		- ryczałt obejmuje 4 wizyty 3 pielęgniarskie oraz 1 wizytę kontrolną lekarską, zgodnie z opisem KLRP-2; - w przypadku wizyt środowiskowych stosuje się mnożnik 1,1
15 2			5.10.00.00001 61	KLRP-2 etap I C	punkt		761,14	x	x		- ryczałt obejmuje 5 wizyt: 4 pielęgniarskie oraz 1 wizytę kontrolną lekarską, zgodnie z opisem KLRP-2; - w przypadku wizyt środowiskowych stosuje się mnożnik 1,1
15 3			5.10.00.00001 62	KLRP-2 etap I D	punkt		850,00		x		zgodnie z opisem KLRP-2
15 4			5.10.00.00001 63	KLRP-2 etap II A	punkt		5 600,00			x	leczenie w oddziale szpitalnym - obejmuje chirurgiczne operacyjne oczyszczenie rany,

									miejscową terapię podciśnieniem, przeszczep allogeniczny skóry lub owodni, zgodnie z opisem KLRP-2; przewidywany czas pobytu do 7 dni
15 5		5.10.00.00001 64	KLRP-2 etap II B	punkt		8 600,00		x	leczenie w oddziale szpitalnym - obejmuje kompleksowe leczenie chirurgiczne (operacyjne oczyszczenie i przeszczep) zgodnie z opisem KLRP-2; przewidywany czas pobytu minimum 10 dni
15 6		5.10.00.00001 65	KLRP-2 etap III	punkt		90,00	x	x	- za 1 wizytę zgodnie z opisem KLRP-2 - można rozliczyć do 5 wizyt; - w przypadku wizyt środowiskowych stosuje się mnożnik 1,1
15 7		5.10.00.00001 66	koszt transportu					x	- koszt transportu sanitarnego rozliczany zgodnie z zasadami określonymi w zarządzeniu poz; - rozliczanie maksymalnie do 5 transportów
15 8		5.10.00.00001 67	KLRP-2 etap IV - wizyta ewaluacyjna typu A	punkt		3 000,00		x	- zamknięcie rany 100% potwierdzone zdjęciem i oceną planimetryczną;
15 9		5.10.00.00001 68	KLRP-2 etap IV - wizyta ewaluacyjna typu B	punkt		2 000,00		x	- zamknięcie rany powyżej 60 % powierzchni, potwierdzone zdjęciem i oceną planimetryczną;

										- nie można rozliczać łącznie z wizytą ewaluacyjną typu A
16 0			5.10.00.00001 57	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.	punkt		15,00		x	- za osobodzeń; - do rozliczania z produktem: 5.10.00.0000163, 5.10.00.0000164; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz.1128).
16 1	11.1100.011 .02	Nadzór telemetryczny nad	5.10.00.00002 23	wydanie wyrobu medycznego do telemetrycznego	punkt		2514,48			zgodnie z zasadami określonymi w lp. 35 załącznika nr 5 do

		pacjentami z implantowanymi urządzeniami wszczepialnymi		nadzoru nad pacjentem z implantowanym urządzeniem wszczepialnym						rozporządzenia
16 2			5.10.00.00002 24	porada edukacyjna związana z włączeniem pacjenta do systemu nadzoru telemetrycznego	punkt		48,27			- za poradę obejmującą edukację pacjenta/rodziny/opiekuna umożliwiającą właściwe korzystanie z systemu nadzoru telemetrycznego; - zgodnie z opisem określonym w lp. 35 załącznika nr 5 do rozporządzenia; - do jednokrotnego rozliczenia łącznie z produktem 5.10.00.0000223.
16 3			5.10.00.00002 25	prowadzenie telemetrycznego nadzoru nad pacjentem z implantowanym urządzeniem wszczepialnym przez 1 miesiąc	punkt		112,47			za 1 miesiąc nadzoru, prowadzonego w sposób określony w lp. 35 załącznika nr 5 do rozporządzenia

Warunki rozliczenia produktów rozliczeniowych

N Położnictwo i opieka nad noworodkami - KOC I

N22KOC Noworodek wymagający intensywnej terapii

na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,

N22AKOC Noworodek wymagający intensywnego monitorowania i specjalistycznej opieki

na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,

N23KOC Noworodek wymagający rozszerzonej diagnostyki

<i>na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,</i>
N24KOC Noworodek wymagający szczególnej opieki
<i>na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,</i>
N25KOC Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru
<i>na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,</i>

Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 68/2025/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 30 lipca 2025 r.

Katalog produktów dodatkowych do sumowania w KOC I

Lp.	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość punktowa produktu rozliczeniowego w KOC I	Uwagi	produkt dedykowany do sumowania z produktami rozliczeniowymi
1	2	3	4	5	6
1	5.10.99.0000127	Żywienie dojelitowe	108	- za każdy dzień żywienia; - w przypadku żywienia niemowląt - produkt dotyczy niemowląt między 4 a 26 tygodniem życia; - 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.	z produktami wymienionymi w załączniku nr 1
2	5.10.99.0000154	Żywienie dojelitowe mlekiem z banku mleka kobiecego lub odciągniętym mlekiem matki	184,95	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	
3	5.10.99.0000155	Żywienie dojelitowe mlekiem modyfikowanym	44,35	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	
4	5.10.99.0000128	Częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe	108	za każdy dzień żywienia	
5	5.10.99.0000129	Żywienie pozajelitowe immunomodulujące	323	za każdy dzień żywienia	
6	5.10.99.0000130	Kompletne żywienie pozajelitowe	215	za każdy dzień żywienia	

7	5.10.99.0000144	Przedłużona hospitalizacja matki karmiącej piersią z powodu stanu zdrowia dziecka - od 5 doby od porodu	108	za osobodzień	
8	5.10.99.0000145	Leczenie przetoczeniami immunoglobulin	1	- za każdy 1 gram immunoglobulin; - wartość stanowi iloczyn liczby gramów podanych pacjentowi i wysokości opłaty za gram w wysokości nie wyższej niż limit finansowania na podstawie obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych wydawanego na podstawie przepisów ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 907); - dotyczy dorosłych z wyłączeniem dorosłych leczonych immunoglobulinami w ramach programów lekowych (zgodnie z kodami ICD-10 ujętymi w nazwie programu lekowego): Leczenie pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych, 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.	z odpowiednim ryczałtem KOC I wymienionym w załączniku nr 1
9	5.10.99.0000146	Produkt leczniczy nie zawarty w kosztach świadczenia	1	1) konieczność udokumentowania zakupu fakturą/ rachunkiem; 2) produkt dotyczy: a) czynnika VIIa (Novoseven), b) substancji czynnej atozyban w leczeniu, przedwczesnej czynności skurczowej macicy, c) immunoglobuliny w profilaktyce poekspozycyjnej zakażenia wirusem Varicella Zoster (VZV) u ciężarnych i/lub osób pozostających w immunosupresji, d) surfaktantu w leczeniu noworodków z zespołem zaburzeń oddychania (ZZO), e) tlenu azotu w leczeniu nadciśnienia płucnego u noworodków - można sumować wyłącznie z grupą N22KOC.	z produktami wymienionymi w załączniku nr 1

10	5.10.99.0000147	Intensywna hemodializa	323	za każdy zabieg	z produktami wymienionymi w załączniku nr 1
11	5.10.99.0000149	Wytworzenie stałego dostępu naczyniowego z użyciem cewnika typu Broviac, Hickman lub Groshong	1 135	obejmuje koszt wyrobu medycznego (cewnika)	z produktami dedykowanymi neonatologii wymienionymi w załączniku nr 1
12	5.10.99.0000150	Ciągłe leczenie nerkozastępcze	2 593	za 24 - godzinny okres ciągłego leczenia	z produktami dedykowanymi neonatologii wymienionymi w załączniku nr 1
13	5.10.99.0000152	Znieczulenie ogólne lub dożylne u dziecka	275	do rozliczenia wyłącznie w przypadku wykonania badania diagnostycznego lub zabiegu diagnostycznego	z odpowiednim ryczałtem KOC I wymienionym w zał. 1 z produktami dedykowanymi neonatologii wymienionymi w załączniku nr 1
14	5.10.00.0000150	Podanie immunoglobuliny anty RhD pacjentce RhD-ujemnej	1	- konieczność udokumentowania zakupu fakturą/rachunkiem (w przypadku wykorzystania produktu leczniczego dystrybuowanego przez RCKiK nie podlega rozliczeniu), - koszt immunoglobuliny anty-RhD, w wysokości nieprzekraczającej urzędowej ceny zbytu, określonej w obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, dla których ustalono urzędową cenę zbytu, z uwzględnieniem art. 9 w zw. z art. 7 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 907), - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9 99.111	z odpowiednim ryczałtem KOC I wymienionym w załączniku nr 1
15	5.10.99.0000156	Przetoczenie krwi pełnej konserwowanej.	1	- za każdą jednostkę przetoczoną pacjentowi; - wartość stanowi iloczyn krotności jednostek i opłaty w wysokości ustalonej zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na	z produktami wymienionymi w załączniku nr 1

				podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2024 r. poz. 1782).
16	5.10.99.0000157	Przetoczenie koncentratu krwinek czerwonych z krwi pełnej.	1	- za każdą jednostkę przetoczoną pacjentowi; - wartość stanowi iloczyn krotności jednostek i opłaty w wysokości ustalonej zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2024 r. poz. 1782).
17	5.10.99.0000158	Przetoczenie koncentratu krwinek czerwonych z aferezy.	1	- za każdą jednostkę przetoczoną pacjentowi; - wartość stanowi iloczyn krotności jednostek i opłaty w wysokości ustalonej zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2024 r. poz. 1782),
18	5.10.99.0000173	Przetoczenie ubogoleukocytarnego koncentratu krwinek płytkowych z krwi pełnej.	1	- za każdą dawkę terapeutyczną przetoczoną pacjentowi, - wartość stanowi iloczyn krotności dawek terapeutycznych i opłaty w wysokości ustalonej zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2024 r. poz. 178), - w przypadku, o którym mowa w § 10 przywołanego rozporządzenia do opłaty za dawkę terapeutyczną nie dolicza się opłaty dodatkowej za czynność połączenia pojedynczych jednostek uzyskanych z krwi pełnej,
19	5.10.99.0000160	Przetoczenie ubogoleukocytarnego koncentratu krwinek płytkowych z aferezy.	1	- za każdą dawkę terapeutyczną przetoczoną pacjentowi, - wartość stanowi iloczyn krotności dawek terapeutycznych i opłaty w wysokości ustalonej zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2024 r. poz. 1782),
20	5.10.99.0000161	Przetoczenie koncentratu granulocytarnego.	1	- za każdą jednostkę przetoczoną pacjentowi; - wartość stanowi iloczyn krotności jednostek i opłaty w wysokości ustalonej zgodnie z przepisami

				rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2024 r. poz. 1782),	
21	5.10.99.0000162	Przetoczenie osocza świeżo mrożonego.	1	- za każdą jednostkę przetoczoną pacjentowi; - wartość stanowi iloczyn krotności jednostek i opłaty w wysokości ustalonej zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2024 r. poz. 1782),	
22	5.10.99.0000163	Przetoczenie krioprecypitatu.	1	- za każdą jednostkę przetoczoną pacjentowi; - wartość stanowi iloczyn krotności jednostek i opłaty w wysokości ustalonej zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2024 r. poz. 1782),	
23	5.10.99.0000164	Karencja składnika krwi.	1	- za każdą jednostkę, - wartość stanowi iloczyn krotności jednostek i opłaty w wysokości ustalonej 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 2024 r. poz. 1782), w związku z § 11 tego rozporządzenia	z produktami wymienionymi w załączniku nr 1 do rozliczania z produktami 5.10.99.0000162, 5.10.99.0000163
24	5.10.99.0000165	Redukcja biologicznych czynników chorobotwórczych osocza świeżo mrożonego.	1	- za każdą jednostkę; - wartość stanowi iloczyn krotności jednostek i opłaty w wysokości ustalonej 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 2024 r. poz. 1782), w związku z § 11 tego rozporządzenia.	
25	5.10.99.0000166	Redukcja biologicznych czynników chorobotwórczych.	1	- za każdą dawkę terapeutyczną / jednostkę; - wartość stanowi iloczyn krotności dawek terapeutycznych / jednostek i opłaty w wysokości ustalonej 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 2024 r. poz. 1782), w związku z § 11 tego rozporządzenia.	z produktami wymienionymi w załączniku nr 1 do rozliczania z produktami, 5.10.99.0000173, 5.10.99.0000160,

26	5.10.99.0000167	Napromieniowanie krwi lub jej składników.	1	- za każdą dawkę terapeutyczną / dawkę pediatriczną / jednostkę; - wartość stanowi iloczyn krotności dawek terapeutycznych / dawek pediatricznych / jednostek i opłaty w wysokości ustalonej 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 2024 r. poz. 1782), w związku z § 11 tego rozporządzenia.	z produktami wymienionymi w załączniku nr 1 do rozliczania z produktami 5.10.99.0000156, 5.10.99.0000157 5.10.99.0000158, 5.10.99.0000173, 5.10.99.0000160, 5.10.99.0000161
27	5.10.99.0000168	Filtrowanie jednostki krwi lub jej składników.	1	- za każdą jednostkę; - wartość stanowi iloczyn krotności jednostek i opłaty w wysokości ustalonej 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 2024 r. poz. 1782), w związku z § 11 tego rozporządzenia.	z produktami wymienionymi w załączniku nr 1 do rozliczania z produktami 5.10.99.0000156, 5.10.99.0000157 5.10.99.0000158,
28	5.10.99.0000170	Przemywanie krwi lub jej składników.	1	- za każdą dawkę terapeutyczną / dawkę pediatriczną / jednostkę; - wartość stanowi iloczyn krotności dawek terapeutycznych / dawek pediatricznych / jednostek i opłaty w wysokości ustalonej 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 2024 r. poz. 1782), w związku z § 11 tego rozporządzenia.	z produktami wymienionymi w załączniku nr 1 do rozliczania z produktami 5.10.99.0000157, 5.10.99.0000158 5.10.99.0000173, 5.10.99.0000160
29	5.10.99.0000171	Podział krwi lub jej składników.	1	- za każdą dawkę terapeutyczną / jednostkę; - wartość stanowi iloczyn krotności dawek terapeutycznych / jednostek i opłaty w wysokości ustalonej 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 2024 r. poz. 1782), w związku z § 11 tego rozporządzenia.	z produktami wymienionymi w załączniku nr 1 do rozliczania z produktami 5.10.99.0000156, 5.10.99.0000157, 5.10.99.0000158, 5.10.99.0000173, 5.10.99.0000160, 5.10.99.0000162

30	5.10.99.0000172	Rekonstytucja krwi lub jej składników.	1	- za każdą dawkę terapeutyczną / dawkę pediatryczną / jednostkę; - wartość stanowi iloczyn krotności dawek terapeutycznych / dawek pediatrycznych / jednostek i opłaty w wysokości ustalonej 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 2024 r. poz. 1782), w związku z § 11 tego rozporządzenia.	z produktami wymienionymi w załączniku nr 1 do rozliczania z produktami 5.10.99.0000156, 5.10.99.0000157, 5.10.99.0000158, 5.10.99.0000173, 5.10.99.0000160
31	5.10.99.0000174	Osocze świeżo mrożone pobrane metodą aferezy	1	- za każdą jednostkę; - wartość stanowi iloczyn krotności jednostek i opłaty w wysokości ustalonej 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 2024 r. poz. 1782), w związku z § 11 tego rozporządzenia	z produktami wymienionymi w załączniku nr 1 do rozliczania z produktem 5.10.99.0000162

Załącznik Nr 3 do zarządzenia Nr 68/2025/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 30 lipca 2025 r.

OPIS PRZEDMIOTU UMOWY
Opis świadczenia
KOORDYNOWANA OPIEKA NAD KOBIETĄ W CIĄŻY KOC I (KOC I)

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	Nazwa świadczenia	Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży KOC I (KOC I)
1.2	Określenie świadczenia	Celem świadczenia jest zapewnienie kobietom w ciąży, skoordynowanej opieki obejmującej specjalistyczne poradnictwo ambulatoryjne, przedporodową i poporodową opiekę położnej, poród, a w przypadku wskazań medycznych także hospitalizację. Opieka realizowana jest w różnych komórkach organizacyjnych (podmiotach), zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji KOC I, opracowanym przez podmiot koordynujący KOC I. Podmiotem koordynującym (co do zasady podpisującym umowę, z zastrzeżeniem wspólnego wykonywania umowy z innymi świadczeniodawcami na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) jest szpital posiadający oddział położniczo-ginekologiczny lub inny zgodny z profilem realizowanych świadczeń. Wszystkie działania nadzoruje i całością opieki zarządza podmiot koordynujący, który: 1) przygotowuje dla pacjentek „Informację dla kobiety objętej koordynowaną opieką nad kobietą w ciąży KOC I” (informacja KOC I), określoną w załączniku nr 12 do niniejszego zarządzenia; 2) przed włączeniem kobiety do systemu finansowania w ramach KOC I, zobowiązany jest do uzyskania od pacjentki udokumentowanej zgody, która w uzasadnionych przypadkach umożliwi przekazywanie informacji o objęciu opieką KOC I innym podmiotom realizującym świadczenia położnictwa i ginekologii w ramach umów z Funduszem, bezpośrednio z systemu informatycznego Funduszu lub przez podmiot koordynujący. Kopia tego dokumentu powinna zostać w historii choroby; 3) opracowuje schemat organizacyjny realizacji KOC I; 4) przygotowuje indywidualne plany opieki perinatalnej; 5) realizuje i zapewnia świadczenia w zakresie poradnictwa ambulatoryjnego, związane z porodem, a w przypadku wskazań medycznych także hospitalizację, oraz przedporodową opiekę położnej, a w sytuacji wyboru przez kobietę, także poporodową opiekę położnej; 6) zapewnia i finansuje prowadzenie ciąży przez położną, w przypadku dokonania takiego wyboru przez kobietę; 7) koordynuje cały proces opieki; 8) zapewnia możliwość 24h kontaktu zgodnie ze schematem organizacyjnym realizacji KOC I; 9) koordynuje czynności związane z zapewnieniem konsultacji specjalistycznych koniecznych w procesie opieki; 10) odpowiada za prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami; 11) współpracuje z lekarzem POZ, położną POZ oraz pielęgniarką środowiskową, na liście których znajduje się kobieta w ciąży; 12) posiada ustalone zasady konsultacji i współpracy z ośrodkiem II lub III

		poziomu referencyjnego, który zapewnia konsultacje w przypadkach wystąpienia nieprawidłowości w przebiegu ciąży; 13) w przypadku rezygnacji pacjentki z opieki w ramach KOC I, odpowiada za odnotowanie tego faktu w historii choroby oraz niezwłocznie w systemie informatycznym, udostępnionym przez NFZ do monitorowania KOC I.
1.3	Częstość występowania sytuacji zdrowotnej	Okolo 137 000 osób w Polsce
1.4	Kryteria kwalifikacji świadczeniobiorców wymagających udzielenia świadczenia/ kryteria dyskwalifikacji	Do objęcia opieką w ramach świadczenia kwalifikują się kobiety w ciąży, które wybrały formę opieki koordynowanej oraz podpisały informację KOC I. W przypadku wystąpienia nieprawidłowości w przebiegu ciąży, przekraczających kompetencje opieki w ośrodku I/II poziomu referencyjnego, pacjentka powinna być skierowana do ośrodka wyższego poziomu referencyjnego, zgodnie ze stanem klinicznym.
1.5	Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia	23.08 Badanie lekarskie stomatologiczne, które obejmuje również instruktaż higieny jamy ustnej 89.00 Badanie i porada lekarska, konsultacja 89.04 Opieka pielęgniarki lub położnej 89.041 Badanie i porada położnej prowadzącej ciążę 89.042 Edukacyjna wizyta położnej w okresie 21-31 tyg. ciąży 89.043 Edukacyjna wizyta położnej w okresie 32 tydzień do porodu 89.044 Wizyta patronażowa położnej 89.045 Edukacyjna wizyta laktacyjna 89.05 Opieka pielęgniarki lub położnej – wizyta domowa A01 Badanie ogólne moczu (profil) C53 Morfologia krwi 8-parametrowa lub C55 Morfologia krwi, z pełnym różnicowaniem granulocytów (leukocytów) E31 Kwalifikacja do podania immunoglobuliny anty-Rh(D) (profilaktyka konfliktu RhD) E65 Oznaczenie grupy krwi układu ABO i Rh (D) F89 Wirus/ przeciwciała nabytego niedoboru odporności (HIV) Przeciwciała całkowite L43 Glukoza L69 Hormon tyreotropowy (TSH) U79 Treponema pallidum Przeciwciała (anty- T.pallidum) V22 Wirus różyczki (Rubella virus) Przeciwciała V39 Wirus zapalenia wątroby typu B HBs Antygen V48 Wirus zapalenia wątroby typu C (HCV) Przeciwciała (anty-HCV) X35 Toxoplasma gondii Przeciwciała 72.1 Kleszcze wyjściowe z nacięciem krocza 72.71 Próżniociąg położniczy z nacięciem krocza 72.79 Próżniociąg położniczy – inny 73.71 Poród samoistny bez nacięcia krocza 73.72 Poród samoistny z nacięciem krocza i następowym zeszcieniem 73.73 Poród samoistny odebrany przez położną, która prowadziła ciążę 73.8 Operacje na płodzie ułatwiające poród 74.0 Klasyczne cięcie cesarskie 74.1 Cięcie cesarskie w dolnym odcinku macicy 74.2 Cięcie cesarskie pozaotrzewnowe 75.1 Amniocenteza diagnostyczna 75.21 Wewnątrzmaciczna transfuzja wymienna 75.22 Wprowadzenie cewnika do jamy brzusznej płodu celem wykonania transfuzji 75.311 Fetoskopia

		75.312 Laparoamnioskopia 75.352 Kordocenteza 75.36 Korekcja wady rozwojowej płodu 75.37 Amnioinfuzja 75.4 Ręczne wydobywanie łożyska 75.62 Zeszywanie świeżego położniczego uszkodzenia odbytu i zwieracza odbytu 75.691 Zeszywanie sromu i krocza 75.693 Zabieg naprawczy krocza 75.694 Zabieg naprawczy pochwy 75.695 Zabieg naprawczy sromu 75.696 Wtórne zeszywanie nacięcia krocza 75.71 Ręczna kontrola jamy macicy po porodzie 75.72 Instrumentalna kontrola jamy macicy po porodzie 75.81 Położnicza tamponada macicy 75.82 Położnicza tamponada pochwy 75.94 Ręczne odprowadzenie wynicowanej macicy 88.721 Echokardiografia 88.772 Obrazowanie kolorowe naczyń obwodowych 2D z analizą spektralną 88.773 Obrazowanie kolorowe naczyń obwodowych 2D power doppler 88.774 Obrazowanie kolorowe naczyń obwodowych 2D B-flow 88.781 USG płodu 89.393 Kardiotokografia 91.447 Badanie mikroskopowe materiału biologicznego – badanie cytologiczne 91.821 Badanie materiału biologicznego – posiew jakościowy i ilościowy 91.891 Badanie mikroskopowe materiału biologicznego – preparat bezpośredni 100.21 Znieczulenie podpajęczynówkowe (do 2 godzin) 100.22 Znieczulenie podpajęczynówkowe (powyżej 2 godzin) 100.31 Znieczulenie zewnątrzoponowe (do 2 godzin) 100.32 Znieczulenie zewnątrzoponowe (powyżej 2 godzin) 100.33 Znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe (od 2 do 4 godzin) 100.34 Znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe (powyżej 4 godzin) oraz w uzasadnionych klinicznie przypadkach inne procedury ICD-9
1.6	Oczekiwane wyniki postępowania	Pełnoprofilowa opieka nad kobietą w ciąży zakończonej urodzeniem o czasie zdrowego noworodka oraz połóg przebiegający bez powikłań.
2.	Warunki wykonania i finansowania świadczenia	
2.1	Zakres informacji oczekiwanych na podstawie wykonanych badań diagnostycznych	Zapewnienie wykonania procedur przewidzianych przepisami prawa oraz niniejszego zarządzenia pozwalających na monitorowanie przebiegu ciąży i wczesne wykrycie pojawiających się nieprawidłowości, a także uzyskanie od pacjentek oceny jakości sprawowanej opieki.
2.2	Organizacja udzielania świadczenia	1) włączenie do opieki koordynowanej następuje podczas pierwszej porady udzielanej ciężarnej kobiecie, w komórce realizującej KOC I. Odnotowanie tego faktu w systemie informatycznym, udostępnionym przez Fundusz do monitorowania KOC I powinno nastąpić niezwłocznie, najpóźniej do 3 dni od daty pierwszej porady; 2) osobą prowadzącą ciążę może być położna lub lekarz położnik-ginekolog, zgodnie z wyborem kobiety objętej KOC I i wskazaniami medycznymi; 3) po dokonaniu wyboru formy opieki w czasie ciąży, porodu i połogu, kobieta uzyskuje informację KOC I, która zawiera m.in. dane kontaktowe osoby (np. położnej), która będzie współpracować z pacjentką, oraz wykaz miejsc udzielania świadczeń w okresie objęcia opieką koordynowaną; 4) w ramach KOC I zapewniona powinna być możliwość uzyskania porady we wszystkie dni tygodnia, jeżeli wynika to z indywidualnego planu opieki perinatalnej, z zachowaniem możliwości dostępu do świadczeń 24h na dobę w przypadku wskazań medycznych;

		5) podmiot koordynujący odpowiada za realizację świadczeń zgodnie ze standardami i warunkami określonymi w przepisach prawa, w szczególności w aktualnie obowiązujących rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu: leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, podstawowej opieki zdrowotnej, rozporządzeniu o opiece okołoporodowej, a także zgodnie z zasadami dobrej praktyki medycznej.
2.3	Zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	Zgodnie z załącznikiem nr 3 do zarządzenia
2.4	Specyfikacja kosztów świadczenia sposób finansowania	1) wycena świadczeń KOC I określona jest w załączniku nr 1 do zarządzenia. Obejmuje ona opiekę nad kobietą w ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem w okresie do 6 tygodni od urodzenia. 2) rozliczeniu w danym okresie sprawozdawczym podlega liczba świadczeń KOC I, odpowiadająca liczbie porodów w tym okresie sprawozdawczym, zakończonych wypisem ze szpitala lub przeniesieniem na inny oddział szpitalny w przypadku wskazań medycznych, z uwzględnieniem przepisów załącznika nr 1 i 1a. 3) liczba porodów będąca podstawą rozliczenia przez Fundusz, przyjmowana jest w oparciu o dane zatwierdzone przez świadczeniodawcę w programie informatycznym udostępnionym przez Fundusz. 4) po osiągnięciu wskazanych parametrów jakościowych, odpowiedni ryczałt KOC I (określony w załączniku nr 1 do zarządzenia, w zakresie Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży - KOC I) ulega zwiększeniu w wysokości uzależnionej od spełnienia parametrów obejmujących: a) odsetek porodów fizjologicznych – wzrost o 2%, b) odsetek ciężyarnych, u których zrealizowany został schemat opieki – wzrost o 2%, c) odsetek cięć cesarskich – wzrost o 2%, d) przeprowadzenie ankiety satysfakcji wśród pacjentek objętych opieką koordynowaną, i uzyskanie co najmniej 60% zwrotnych odpowiedzi – wzrost o 2%, e) odsetek porodów odbytych drogami natury, w trakcie których wykonano znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe – wzrost o 5 %; 5) po upływie trzech miesięcy, licząc od miesiąca w którym rozpoczęto realizację umowy, a następnie w okresach trzymiesięcznych, dokonywana jest ocena spełnienia wymienionych wyżej parametrów jakościowych, pod warunkiem, że przeprowadzono co najmniej 100 porodów w okresie analizowanych trzech miesięcy. Skutek spełnienia ocenianych parametrów, uwzględniany jest przy finansowaniu świadczeń KOC I w okresie następnych trzech miesięcy; 6) w przypadku wystąpienia poronienia rozliczanie następuje w ramach umowy w rodzaju leczenie szpitalne; 7) w przypadku wystąpienia powikłań w przebiegu ciąży lub porodu, istnieje możliwość rozliczenia dodatkowych procedur, zgodnie z opisem w załączniku nr 1 i 1a; 8) jeżeli w przypadku realizacji KOC I wystąpiły wskazania do hospitalizacji w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, lub anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci, rozliczenie pobytu w OAiIT, następuje w ramach umowy w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie świadczeń: anestezjologia i intensywna terapia; 9) w sytuacji hospitalizacji w oddziale neonatologicznym noworodków, których stan kliniczny wymaga hospitalizacji kwalifikujących do rozliczenia w oparciu o odrębną wycenę świadczeń, stosuje się odrębne rozliczanie i finansowanie

		zgodnie z warunkami określonymi w załączniku nr 1 i 1a; 10) świadczenia dedykowane dla II poziomu opieki neonatologicznej, wskazane w załączniku nr 1 i 1a, rozliczane mogą być wyłącznie przez świadczeniodawców spełniających w dniu składania oferty i w trakcie realizacji umowy, warunki określone w załączniku nr 3 lp. 27 do rozporządzenia szpitalnego. 11) w przypadku hospitalizacji w oddziale neonatologicznym, dziecka powyżej 6 tygodnia życia, którego stan kliniczny uzasadnia rozliczenie z wykorzystaniem grup N24KOC lub N25KOC zgodnie z ich charakterystyką, rozliczenie następuje odrębnie; 12) w przypadku uzasadnionej hospitalizacji w oddziale neonatologicznym, noworodka lub niemowlęcia urodzonego u innego świadczeniodawcy, którego stan kliniczny uzasadnia rozliczenie z wykorzystaniem grup: N22KOC lub N23KOC lub N24KOC lub N25KOC zgodnie z ich charakterystyką, rozliczenie następuje odrębnie; 13) odrębnemu rozliczeniu - zgodnie z załącznikiem nr 1- podlega hospitalizacja kobiety ciężarnej, której stan kliniczny wymagał przeniesienia do oddziału położniczo-ginekologicznego wyższego poziomu referencyjnego, w sytuacji kiedy poród nie odbył się u koordynatora; 14) odrębnemu rozliczaniu w ramach KOC I podlega opieka poporodowa realizowana przez położną KOC I, zgodnie z przepisami załącznika nr 1; 15) podmiot realizujący KOC I obowiązany jest do udzielania świadczeń z zakresu KOC I, wszystkim zgłaszającym się ciężarnym, niezależnie od zaawansowania ciąży. 16) kwota na finansowanie KOC I obejmuje procedury (wykonywane ambulatoryjnie i stacjonarnie) wskazane w przepisach prawa oraz w niniejszym zarządzeniu, w tym. m.in. konsultacje stomatologiczne. Nie uwzględnia natomiast świadczeń w innych dziedzinach medycyny, związanych ze schorzeniami innych narządów.
2.5	Pozostałe zasady rozliczania	Niedopuszczalne jest dodatkowe rozliczanie - przez podmiot realizujący umowę w zakresie KOC I - świadczeń udzielonych kobiecie w ciąży związanych z ciążą, porodem i położeniem będących przedmiotem tej umowy, na podstawie umów zawartych w innych zakresach i rodzajach świadczeń, chyba że przepisy niniejszego opisu stanowią inaczej. Powyższe zastrzeżenie nie dotyczy badań prenatalnych wykonywanych w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 916, z późn.zm.). W przypadku przystąpienia podmiotu do realizacji świadczeń KOC I, Fundusz nie finansuje u danego świadczeniodawcy, świadczeń związanych z położnictwem w ramach AOS (typ umowy – 02/01) oraz świadczeń związanych z położnictwem i neonatologią w ramach umów rodzaju leczenie szpitalne, zgodnie z przepisami odpowiednich zarządzeń.
3.	Dane do sprawozdawczości	
		Zgodnie z systemem informatycznym udostępnionym przez Fundusz.
4.	Istniejące wytyczne postępowania medycznego	
		Zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie prowadzenia ciąży.
5.	Parametry jakościowe do oceny udzielania świadczeń	

	<u>Dla podmiotów I oraz II poziomu referencyjnego:</u> 1) procentowy udział liczby kobiet objętych KOC I pozostających w opiece koordynowanej co najmniej od 21 tygodnia ciąży – 60%; 2) odsetek porodów rozliczanych jako fizjologiczne – powyżej 75%; 3) odsetek ciężarnych, u których zrealizowany został schemat opieki – 100%; 4) odsetek cięć cesarskich – poniżej 25%; 5) przeprowadzenie ankiety satysfakcji pacjenta i uzyskanie co najmniej 60% zwrotnych odpowiedzi; 6) odsetek porodów odbytych drogami natury, w trakcie których wykonano znieczulenie zewnątrzoponowe ciągłe – 10% lub więcej; 7) liczba noworodków urodzonych w złym stanie ogólnym (poniżej 4 pkt Apgar) – nie więcej niż 1%; 8) odsetek kobiet objętych programem, które urodziły w podmiocie koordynującym – powyżej 80%; 9) średni czas hospitalizacji poporodowej 3 lub poniżej 3 dni – co najmniej 90%; 10) zakres opieki okołoporodowej realizowany przez położne w ramach KOC I, obejmujący porady edukacyjne i wizyty patronażowe; 11) liczba porodów odebranych przez położne, które prowadziły te ciążę.
--	---

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".

Zmiany wprowadzone niniejszą regulacją do zarządzenia Nr 167/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie polegają na nadaniu nowego brzmienia załącznikom:

1) nr 1 do zarządzenia, gdzie zaktualizowano (podniesiono) wycenę produktu rozliczeniowego „badanie genetyczne metodą porównawczej hybrydyzacji genomowej do mikromacierzy (aCGH – Array Comparative Genomic Hybridization) z wykorzystaniem mikromacierzy o niskiej rozdzielczości (równej lub powyżej 60 tysięcy/ 60k sond)” zgodnie z propozycją przygotowaną przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;

2) nr 1a do zarządzenia, co wynika z publikacji obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 25 czerwca 2025 r. w sprawie rekomendacji nr 72/2025 z dnia 24 czerwca 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

Modyfikacja w ww. załącznikach ma na celu wdrożenie nowego modelu finansowania świadczeń związanych z leczeniem krwi i jej składnikami oraz w przypadku leczenia przetoczeniami immunoglobulin (produkt 5.10.99.0000145).

W przypadku krwi i jej składników ustalona wartość dla przedmiotowych produktów stanowi iloczyn krotności liczby jednostek/ dawek terapeutycznych przetoczonych pacjentowi i wysokości opłaty za jednostkę/ dawkę terapeutyczną w wysokości ustalonej na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 września 2024 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2025 r. (Dz.U. poz. 1436) na dany rok. Zmiana sposobu rozliczania ma na celu zniwelowanie zróżnicowania nominalnych wartości cen krwi i jej składników w stosunku do cen określonych w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia, a wynikające z corocznych zmian cen jednostek rozliczeniowych. Należy pamiętać, że przedmiotowe produkty rozliczeniowe obejmują jedynie jednostki krwi i jej składniki oraz procesy którym preparaty te są poddawane, wskazane w powyższym rozporządzeniu. Natomiast wszelkie inne koszty związane z przetoczeniem krwi, zawarte są w kosztach świadczeń podstawowych, do których wskazane wyżej produkty są dosumowywane, a skutek wzrostu tych kosztów ujęty jest we wzrostach cen jednostek rozliczeniowych w zakresie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży.

W przypadku produktu o kodzie: 5.10.99.0000145 „Leczenie przetoczeniami immunoglobulin”, wartość stanowi iloczyn liczby gramów podanych pacjentowi i wysokości opłaty za gram w wysokości nie wyższej niż limit finansowania ustalonej na podstawie obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych wydawanego na podstawie przepisów ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 907).

Identyczna modyfikacja przepisów w zakresie wdrożenia nowego modelu finansowania świadczeń związanych z leczeniem krwi i jej składnikami oraz w przypadku leczenia przetoczeniami immunoglobulin nastąpiła w przypadku zarządzenia zmieniającego zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (tj. zarządzenia nr 57/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21 lipca 2025 r.).

- nr 14 OPIS PRZEDMIOTU UMOWY – Opis świadczenia - Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży KOC I, gdzie w celu harmonizacji zasad premiowania znieczuleń w ramach leczenia szpitalnego i opieki koordynowanej zmodyfikowano współczynnik premiujący za wykonywanie znieczuleń zewnątrzoponowych ciągłych w przypadku porodów drogami natury poprzez podniesienie go do 1,05 z aktualnie obowiązującego 1,02. Jednocześnie dodano procedurę znieczulenia podpajęczynówkowego jako jedną z procedur możliwych do wykazania w ramach monitorowania realizacji świadczeń.

Ponadto, niniejszym zarządzeniem wprowadzono drobne korekty o charakterze porządkowym.

Prognozowany roczny skutek finansowy wprowadzanych zmian szacuje się na poziomie ok. od 1,3 mln zł do 2,1 mln zł w zależności od liczby podmiotów, które osiągną oczekiwany poziom znieczuleń zewnątrzoponowych ciągłych.

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 2025 r. poz. 400, z późn. zm.) został przedstawiony do konsultacji do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach.

W ramach konsultacji swoje opinie przedstawiło 8 interesariuszy. Większość przekazało informację o braku uwag do projektowanych zmian. Natomiast zgłoszone uwagi nie zostały uwzględnione gdyż nie dotyczyły one przedmiotu projektowanych zmian.

Zasady rozliczania wprowadzone niniejszym zarządzeniem będą miały zastosowanie dla świadczeń zrealizowanych od 1 lipca 2025 r. (w odniesieniu do porodów – do tych, które nastąpiły od 1 lipca br.).

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.