

**ZARZĄDZENIE NR 4/2026/DSOZ
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 9 stycznia 2026 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 2025 r. poz. 1461, 1537 i 1739) 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 odrębnie (z późn. zm.¹⁾), wprowadza się następujące zmiany:

- 1) załącznik nr 1 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia;
- 2) załącznik nr 1b do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 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 1 stycznia 2026 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⁾ 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., zarządzeniem Nr 10/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 lutego 2025 r. oraz zarządzeniem nr 68/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 lipca 2025 r.

Załącznik nr 1 do zarządzenia nr 4/2026/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 9 stycznia 2026 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 chimeryzmu 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 statystycz ny		0		x		
69	11.0000.040. 02	badania izotopowe	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/innyc h okolic ciała	punkt		2 366,94		x		
71			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 lub nie zarejestrowane w Polsce a sprowadzane w trybie importu docelowego lub produkowane na potrzeby własne przez laboratorium świadczeniodawcy zgodnie z prawem atomowym

										- nie obejmuje 18F-FDG, 18F-NaF
94			5.10.00.00002 58	pozytonowa tomografia emisyjna (PET-MRI) we wskazaniach onkologicznych u dzieci i młodzieży z zastosowaniem zarejestrowany ch radiofarmaceuty ków z wyłączeniem 18F-FET (tyrozyna)	punkt		3 957		x	- za jedno badanie
95			5.10.00.00002 59	pozytonowa tomografia emisyjna (PET-MRI) we wskazaniach onkologicznych u dzieci i młodzieży z zastosowaniem radiofarmaceuty ku 18F-FET (tyrozyna)	punkt		13 413		x	- za jedno badanie
96	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	punkt		7 469,00		x	

				insuliny na dobę							
97			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		
98	11.1021.047. 02	leczenie cukrzycy z zastosowanie m pompy insulinowej u doroślých	5.10.00.00000 56	leczenie cukrzycy z zastosowanie m pompy insulinowej u doroślých w wieku 18-26 lat wymagających do 30 jednostek insuliny na dobę	punkt		7 469,00		x		
99			5.10.00.00000 57	leczenie cukrzycy z zastosowanie m pompy insulinowej u doroślých w wieku 18-26 lat	punkt		6 894,00		x		
10 0	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
10 1			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 2			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 3			5.10.00.00000 61	rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		177,10		x	osobodzień w oddziale rehabilitacji ogólnoustrojowej dzieci; nie można łączyć ze świadczeniami z innych rodzajów
10 4			5.10.00.00000 62	zaopatrzenie w przedmiot ortopedyczny w leczeniu wrodzonej sztywności	punkt		1		x	koszt wyrobu wykonanego na zamówienie, o którym mowa w ustawie z dnia 7 kwietnia 2022 r.

			wielostawowej							o wyrobach medycznych (Dz. U. poz. 974) art. 2 pkt. 36; udokumentowany fakturą; możliwość rozliczenia ze świadczeniami w trybie hospitalizacji z niniejszego zakresu
10 5			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 6			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 7			5.10.00.00001 57	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o	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

				znacznym stopniu niepełnosprawności.						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).
108	11.0000.049.02	leczenie spastyczności odpornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem m pompy baklofenowej	5.10.00.0000067	pompa baklofenowa	punkt		1		x	koszt zakupu kompletnego zestawu pompy baklofenowej - zgodny z wynikiem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego
109		zastosowanie m pompy baklofenowej	5.10.00.0000068	cewnik do pompy baklofenowej	punkt		1		x	- koszt cewnika wraz z osprzętem wg faktury zakupu; - rozliczenie wyłącznie w przypadku wymiany

11 0			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
11 1			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 2			5.10.00.00000 71	hospitalizacja związana z uzupełnieniem pompy baklofenowej	punkt		532,51		x	nie obejmuje kosztu baklofenu
11 3			5.10.00.00000 72	test baklofenowy	punkt		632,00		x	obejmuje wszystkie koszty, w tym koszt baklofenu
11 4			5.10.00.00000 73	baklofen	punkt		747,00		x	za jedną ampułkę zawierającą 10 mg baklofenu
11 5			5.10.00.00001 57	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawno ści.	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 6			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 7	11.0000.050. 12	Teleradioterapia protonowa	5.10.00.00001 57	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym	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

				stopniu niepełnosprawn ości.							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	11.0000.950. 12	Teleradioterapia protonowa - pakiet onkologiczny	5.10.00.00000 76	teleradioterapia hadronowa wiązką protonów	świadczen ie		1		x	x	- za cały proces leczenia; - dotyczy świadczenia gwarantowanego "Terapia protonowa nowotworów oka", określonego w zał. nr 4 do rozporządzenia szpitalnego
11 9			5.10.00.00001 57	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o	punkt	15	15,00			x	- za osobodzień; - do rozliczania z produktem 5.10.00.0000076; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo

				znacznym stopniu niepełnosprawności.						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).
120	11.0000.051.02	Domowa antybiotykoterapia dożylna	5.10.00.0000074	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
121			5.10.00.0000075	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 2			5.10.00.00002 20	Antybiotyki 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 3	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 4			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 5			5.10.00.00000 79	KLRP-1 etap IIa	punkt		701,43		x	ryczałt (średnio 8 wizyt w ciągu 12 tygodni)
12 6			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 7			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 8			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 9			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
13 0			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
13 1			5.10.00.00000 85	KLRP-1 etap III	punkt		295,61		x	ryczałt (średnio 4 wizyty w ciągu 8 tygodni):
13 2			5.10.00.00000 86	KLRP-1 etap III z transportem	punkt		504,70		x	ryczałt (średnio 4 wizyty w ciągu 8 tygodni):
13 3			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 4		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 5		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 6		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 7		5.10.00.00001 57	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym	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

				orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.							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).
138	11.1450.400.02	Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży - KOC I (KOC I)	5.10.00.0000143	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
139			5.10.00.0000144	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
140			5.10.00.0000145	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

14 1			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 2			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 3			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 Kobiecego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983.
14 4			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 rozkrojowymi, wrodzonymi), - 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 5			5.10.00.00001 15	(N23KOC) Noworodek wymagający rozszerzonej diagnostyki	punkt		27 738		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 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

14 6			5.10.00.00001 16	(N24KOC) Noworodek wymagający szczególnej opieki	punkt		5 456		x	99.982 lub 99.983 - 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 Kobiecego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983.
---------	--	--	---------------------	--	-------	--	-------	--	---	--

14 7			5.10.00.00001 17	(N25KOC) Noworodek wymagający wzmoczonego 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 wyspecjalistyczne, - 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 8			5.10.00.00001 48	hospitalizacja przed	punkt		668			x	rozliczanie wyłącznie w przypadku przeniesienia

				przekazaniem do ośrodka o wyższym poziomie referencyjnym (KOC I)						pacjentki do ośrodka wyższego poziomu referencyjnego, w sytuacji kiedy poród nie odbył się u koordynatora
14 9			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
15 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	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).
15 1	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 pielęgniarstwa i lekarską , (w tym badania) zgodnie z opisem KLRP-2;
15 2			5.10.00.00001 59	KLRP-2 etap I A	punkt		761,14	x	x	- ryczałt obejmuje 5 wizyt: 4 pielęgniarstwa 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 60	KLRP-2 etap I B	punkt		620,19	x	x	- ryczałt obejmuje 4 wizyty 3 pielęgniarstwa oraz 1 wizytę kontrolną lekarską, zgodnie z opisem KLRP-2; - w przypadku wizyt środowiskowych stosuje się mnożnik 1,1
15 4			5.10.00.00001 61	KLRP-2 etap I C	punkt		761,14	x	x	- ryczałt obejmuje 5 wizyt: 4 pielęgniarstwa oraz 1 wizytę kontrolną lekarską, zgodnie z opisem KLRP-2; - w przypadku wizyt środowiskowych stosuje się mnożnik 1,1

15 5		5.10.00.00001 62	KLRP-2 etap I D	punkt		850,00		x		zgodnie z opisem KLRP-2
15 6		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 7		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 8		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 9		5.10.00.00001 66	koszt transportu					x		- koszt transportu sanitarnego rozliczany zgodnie z zasadami określonymi w zarządzeniu poz; - rozliczanie maksymalnie do 5 transportów
16		5.10.00.00001 67	KLRP-2 etap IV - wizyta ewaluacyjna	punkt		3 000,00		x		- zamknięcie rany 100% potwierdzone zdjęciem i oceną planimetryczną;

			typu A							
16 1		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 2		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 3			5.10.00.00002 23	wydanie wyrobu medycznego do telemetrycznego nadzoru nad pacjentem z implantowanym urządzeniem wszczepialnym	punkt		2514,48			zgodnie z zasadami określonymi w lp. 35 załącznika nr 5 do rozporządzenia
16 4	11.1100.011 .02	Nadzór telemetryczny nad pacjentami z implantowanymi urządzeniami wszczepialnymi	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 5			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
<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>
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 4/2026/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 9 stycznia 2026 r.

Katalog zakresów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie - Kompleksowa opieka nad rodzinami z wysokim, dziedzicznie uwarunkowanym ryzykiem zachorowania na nowotwory

Lp.	kod zakresu	nazwa zakresu	kod produktu	nazwa produktu	jednostka rozliczeniowa	Wartość punktowa produktu rozliczeniowego	świadczenie wykonywane w trybie ambulatoryjnym	uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	11.1212.010.02	Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi lub raka jajnika	5.10.00.0000188	Świadczenie pierwszorazowe 1-go typu	punkt	108	x	rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000040 określoną w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, zwanym dalej "zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna", oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
2			5.10.00.0000170	Wizyta kontrolna u osób z mutacją w genach BRCA1, BRCA2 lub PALB2	punkt	70	x	- rozliczana nie częściej niż raz na 6 miesięcy oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
3			5.10.00.0000171	Wizyta kontrolna - pozostałe osoby	punkt	70	x	rozliczana nie częściej niż raz na 12 miesięcy u osób z mutacjami innymi niż w genach BRCA1, BRCA2 lub PALB2 oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32

								załącznika nr 5 do rozporządzenia
4			5.10.00.000020 5	Świadczenie specjalistyczne 1-go typu	punkt	70	x	rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000011 określoną w zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
5			5.10.00.000018 9	Świadczenie specjalistyczne 2-go typu	punkt	119	x	- rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000012 określoną w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia, - możliwość sumowania świadczenia ze świadczeniem 5.10.00.0000170 lub 5.10.00.0000171
6			5.10.00.000019 0	Świadczenie specjalistyczne 3-go typu	punkt	211	x	- rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000013 określoną zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia, - możliwość sumowania świadczenia ze świadczeniem 5.10.00.0000170 lub 5.10.00.0000171
7			5.10.00.000019	Świadczenie	punkt	273	x	- rozliczanie zgodnie

			1	specjalistyczne 4-go typu				z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000014 określoną zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia, - możliwość sumowania świadczenia ze świadczeniem 5.10.00.0000170 lub 5.10.00.0000171
8			5.10.00.000019 2	MR piersi	punkt	1002	x	do wykazania z innymi produktami albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady
9			5.10.00.000019 3	Świadczenia zabiegowe - grupa 88	punkt	827	x	rozliczanie zgodnie z zasadami dla świadczenia oznaczonego kodem 5.31.00.0000088 określonymi w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
10			5.10.00.000019 4	Świadczenia zabiegowe - grupa 105	punkt	369	x	rozliczanie zgodnie z zasadami dla świadczenia oznaczonego kodem 5.31.00.0000105 określonymi w zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
11			5.10.00.000019 5	Świadczenia zabiegowe - grupa 110	punkt	412	x	rozliczanie zgodnie z zasadami dla świadczenia oznaczonego kodem 5.31.00.0000110 określonymi w zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
12			5.10.00.000019 6	Świadczenia zabiegowe - grupa 22	punkt	3671	x	- rozliczanie zgodnie z zasadami dla świadczenia oznaczonego

								kodek 5.31.00.0000022 określonymi w zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna - do wykazania z innymi produktami, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady
13			5.10.00.000017 2	Badanie mutacji w genie BRCA1	punkt	260	x	rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
14			5.10.00.000017 3	Badanie mutacji w genach CHEK2 i PALB2	punkt	350	x	rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
15			5.10.00.000017 4	Badanie mutacji w genach BRCA1, BRCA2, PALB2, CHEK2 metodą NGS	punkt	1192	x	rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
16			5.10.00.000017 5	Badanie rodzinnej mutacji	punkt	300	x	rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
17			5.10.00.000017 6	Badania immunohistochemiczn e w przypadku diagnozy raka piersi w biopsji gruboigłowej	punkt	410	x	rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
18			5.10.00.000022 2	Znieczulenie całkowite dożylne – do rezonansu magnetycznego - SOK	punkt	367	x	- do sumowania ze świadczeniami rezonansu magnetycznego (RM), - kryteria kwalifikacji do świadczeń rezonansu magnetycznego (RM) w znieczuleniu zostały określone w załączniku nr 7 do rozporządzenia, - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12,
19			5.10.00.000020 4	Konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego -	punkt	119	x	- do sumowania z produktami: 5.10.00.0000192, 5.10.00.0000197, 5.10.00.0000198, 5.10.00.0000199, 5.10.00.0000200,

				SOK				5.10.00.0000201, 5.10.00.0000202, 5.10.00.0000206, 5.10.00.0000207, 5.10.00.0000208, 5.10.00.0000209, 5.10.00.0000210, 5.10.00.0000211, 5.10.00.0000212,5.10.00.0000213 , 5.10.00.0000214, 5.10.00.0000215, 5.10.00.0000216, 5.10.00.0000217, - 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, z późn. zm), - musi się odbyć co najmniej 2 dni przed datą wykonania badania endoskopowego
20	11.1212.161.02	Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego o ryzyka zachorowania na raka piersi lub raka jajnika - świadczona diagnostyki genetycznej	5.10.00.000017 2	Badanie mutacji w genie BRCA1	punkt	260	x	rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
21			5.10.00.000017 3	Badanie mutacji w genach CHEK2 i PALB2	punkt	350	x	rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
22			5.10.00.000017 4	Badanie mutacji w genach BRCA1, BRCA2, PALB2, CHEK2 metodą NGS	punkt	1192	x	rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
23			5.10.00.000017 5	Badanie rodzinnej mutacji	punkt	300	x	rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika

		udzielane osobom do ukończenia 18 roku życia						nr 5 do rozporządzenia
24			5.10.00.0000176	Badania immunohistochemiczne w przypadku diagnozy raka piersi w biopsji gruboigłowej	punkt	410	x	rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
25	11.1212.020.02	Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego lub raka błony śluzowej trzonu macicy	5.10.00.0000188	Świadczenie pierwszorazowe 1-go typu	punkt	108	x	rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000040 określoną w zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 33 załącznika nr 5 do rozporządzenia
26			5.10.00.0000171	Wizyta kontrolna - pozostałe osoby	punkt	70	x	rozliczana nie częściej niż raz na 12 miesięcy oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 33 załącznika nr 5 do rozporządzenia
27			5.10.00.0000205	Świadczenie specjalistyczne 1-go typu	punkt	70	x	rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000011 określoną zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 33 załącznika nr 5 do rozporządzenia
28			5.10.00.0000189	Świadczenie specjalistyczne 2-go typu	punkt	119	x	rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000012 określoną zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 33 załącznika nr 5 do rozporządzenia
29			5.10.00.0000190	Świadczenie specjalistyczne 3-go typu	punkt	211	x	rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000013 określoną

						zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 33 załącznika nr 5 do rozporządzenia
30		5.10.00.000019 7	Kolonoskopia diagnostyczna - SOK	punkt	462	x
31		5.10.00.000019 8	Kolonoskopia diagnostyczna z biopsją (z badaniem hist.-pat.) - SOK	punkt	665	x badanie hist.-pat. zdefiniowane jako badanie tkanki lub tkanek pobranych z jednej lokalizacji i przekazanych do pracowni hist.-pat. w postaci jednej opisanej próbki, wymagającej oddzielnego przebadania i postawienia rozpoznania histopatologicznego
32		5.10.00.000019 9	Kolonoskopia z polipektomią jednego lub więcej polipów o średnicy do 1 cm, za pomocą pętli diatermicznej (z badaniem hist.-pat.) - SOK	punkt	1446	x badanie hist.-pat. zdefiniowane jako badanie tkanki lub tkanek pobranych z jednej lokalizacji i przekazanych do pracowni hist.-pat. w postaci jednej opisanej próbki, wymagającej oddzielnego przebadania i postawienia rozpoznania histopatologicznego
33		5.10.00.000020 0	Gastroskopia diagnostyczna (w przypadku wskazań obejmuje test ureazowy) - SOK	punkt	254	x
34		5.10.00.000020 1	Gastroskopia diagnostyczna z biopsją - uwzględnia 1 badanie hist.-pat - SOK	punkt	318	x badanie hist.-pat. zdefiniowane jako badanie tkanki lub tkanek pobranych z jednej lokalizacji i przekazanych do pracowni hist.-pat. w postaci jednej opisanej próbki, wymagającej oddzielnego przebadania i postawienia rozpoznania histopatologicznego
35		5.10.00.000020 2	Gastroskopia diagnostyczna z biopsją - uwzględnia 2 lub więcej badań hist.-	punkt	405	x badanie hist.-pat. zdefiniowane jako badanie tkanki lub tkanek pobranych z jednej lokalizacji i przekazanych do pracowni hist.-

				pat.- SOK				pat. w postaci jednej opisanej próbki, wymagającej oddzielnego przebadania i postawienia rozpoznania histopatologicznego
36			5.10.00.000020 3	Znieczulenie całkowite dożylne – SOK	punkt	273	x	- do sumowania z procedurami: 45.231, 45.253, 45.239, 45.42 , 44.162, 44.13 w ramach produktów: 5.10.00.0000197, 5.10.00.0000198, 5.10.00.0000199, 5.10.00.0000200, 5.10.00.0000201, 5.10.00.0000202. - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12,
37			5.10.00.000020 4	Konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego - SOK	punkt	119	x	- do sumowania z produktami: 5.10.00.0000192, 5.10.00.0000197, 5.10.00.0000198, 5.10.00.0000199, 5.10.00.0000200, 5.10.00.0000201, 5.10.00.0000202, 5.10.00.0000206, 5.10.00.0000207, 5.10.00.0000208, 5.10.00.0000209, 5.10.00.0000210, 5.10.00.0000211, 5.10.00.0000212, 5.10.00.0000213 , 5.10.00.0000214, 5.10.00.0000215, 5.10.00.0000216, 5.10.00.0000217, - 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, z późn. zm), - musi się odbyć co najmniej 2 dni przed datą wykonania badania endoskopowego
38		5.10.00.000017 5	Badanie rodzinnej mutacji	punkt	320	x	rozliczanie z zgodnie z zasadami określonymi w poz. 33 załącznika nr 5 do rozporządzenia
39		5.10.00.000017 7	Badanie mutacji w genach APC, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, STK11, SMAD4, BMPR1A, MUTYH, EPCAM, PTEN	punkt	4164	x	rozliczanie z zgodnie z zasadami określonymi w poz. 33 załącznika nr 5 do rozporządzenia
40		5.10.00.000017 8	Badanie niestabilności mikrosatelitarnej z tkanki - badanie genetyczne	Produkt statystyczny	0	x	
41		5.10.00.000017 9	Badanie niestabilności mikrosatelitarnej z tkanki - badanie immunohistochemiczne	Produkt statystyczny	0	x	
42		5.10.00.000018 0	Badanie w kierunku wykrycia mutacji w genie APC wykonywane metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, sekwencjonowanie Sangera, MLPA):	Produkt statystyczny	0	x	
43		5.10.00.000018 1	Badanie w kierunku wykrycia mutacji w genach MLH1, MSH2, MSH6, PMS2	Produkt statystyczny	0	x	

				wykonywane metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, sekwencjonowanie Sangera, MLPA)				
44			5.10.00.000018 2	Badania w kierunku wykrycia mutacji w genie STK11 wykonywane metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, sekwencjonowanie Sangera, MLPA)	Produkt statystyczny	0	x	
45			5.10.00.000018 3	Badanie w kierunku wykrycia mutacji w genach SMAD4 i BMPR1A wykonywane metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, sekwencjonowanie Sangera, MLPA)	Produkt statystyczny	0	x	
46			5.10.00.000018 4	Badanie w kierunku wykrycia mutacji w genie MUTYH wykonywane metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, sekwencjonowanie Sangera, MLPA)	Produkt statystyczny	0	x	
47			5.10.00.000018 5	Wykrycie nosicielstwa mutacji w genach APC, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, STK11, SMAD4, BMPR1A, MUTYH, EPCAM, PTEN, wykonywanego	Produkt statystyczny	0	x	

				metodami biologii molekularnej z zastosowaniem techniki sekwencjonowania następnej generacji (NGS)				
48	11.1212.162.02	Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego lub raka błony śluzowej trzonu macicy - świadczenia diagnostyki genetycznej udzielane osobom do ukończenia 18 roku życia	5.10.00.0000175	Badanie rodzinnej mutacji	punkt	320	x	rozliczanie z zgodnie z zasadami określonymi w poz. 33 załącznika nr 5 do rozporządzenia
49			5.10.00.0000177	Badanie mutacji w genach APC, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, STK11, SMAD4, BMPR1A, MUTYH, EPCAM, PTEN	punkt	4164	x	rozliczanie z zgodnie z zasadami określonymi w poz. 33 załącznika nr 5 do rozporządzenia
50			5.10.00.0000178	Badanie niestabilności mikrosatelitarnej z tkanki - badanie genetyczne	Produkt statystyczny	0	x	
51			5.10.00.0000179	Badanie niestabilności mikrosatelitarnej z tkanki - badanie immunohistochemiczne	Produkt statystyczny	0	x	
52			5.10.00.0000180	Badanie w kierunku wykrycia mutacji w genie APC wykonywane metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, sekwencjonowanie Sangera, MLPA):	Produkt statystyczny	0	x	

53			5.10.00.000018 1	Badanie w kierunku wykrycia mutacji w genach MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 wykonywane metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, sekwencjonowanie Sangera, MLPA)	Produkt statystyczny	0	x	
54			5.10.00.000018 2	Badania w kierunku wykrycia mutacji w genie STK11 wykonywane metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, sekwencjonowanie Sangera, MLPA)	Produkt statystyczny	0	x	
55			5.10.00.000018 3	Badanie w kierunku wykrycia mutacji w genach SMAD4 i BMPR1A wykonywane metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, sekwencjonowanie Sangera, MLPA)	Produkt statystyczny	0	x	
56			5.10.00.000018 4	Badanie w kierunku wykrycia mutacji w genie MUTYH wykonywane metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, sekwencjonowanie Sangera, MLPA)	Produkt statystyczny	0	x	
57			5.10.00.000018 5	Wykrycie nosicielstwa mutacji w genach APC, MLH1, MSH2,	Produkt statystyczny	0	x	

				MSH6, PMS2, STK11, SMAD4, BMPR1A, MUTYH, EPCAM, PTEN, wykonywanego metodami biologii molekularnej z zastosowaniem techniki sekwencjonowania następnej generacji (NGS)				
58	11.1212.030.02	Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na siatkówczaka lub chorobę von Hippel-Lindau (VHL)	5.10.00.0000188	Świadczenie pierwszorazowe 1-go typu	punkt	108	x	rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000040 określoną w zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 34 załącznika nr 5 do rozporządzenia
59			5.10.00.0000171	Wizyta kontrolna - pozostałe osoby	punkt	70	x	rozliczana nie częściej niż raz na 12 miesięcy oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 34 załącznika nr 5 do rozporządzenia
60			5.10.00.0000205	Świadczenie specjalistyczne 1-go typu	punkt	70	x	rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000011 określoną zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 34 załącznika nr 5 do rozporządzenia
61			5.10.00.0000189	Świadczenie specjalistyczne 2-go typu	punkt	119	x	rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000012 określoną zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 34

								załącznika nr 5 do rozporządzenia
62			5.10.00.000020 6	MR głowy bez wzmocnienia kontrastowego	punkt	377	x	
63			5.10.00.000020 7	MR głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	punkt	803	x	
64			5.10.00.000020 8	MR jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez wzmocnienia kontrastowego	punkt	323	x	
65			5.10.00.000020 9	MR jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup bez wzmocnienia kontrastowego	punkt	455	x	
66			5.10.00.000021 0	MR jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	punkt	709	x	
67			5.10.00.000021 1	MR jednej okolicy anatomicznej innej niż odcinek kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	punkt	935	x	
68			5.10.00.000021 2	MR dwóch odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	punkt	561	x	
69			5.10.00.000021 3	MR trzech odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	punkt	801	x	
70			5.10.00.000021 4	MR dwóch odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	punkt	1110	x	

71			5.10.00.000021 5	MR trzech odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	punkt	1477	x	
72			5.10.00.000021 6	TK: innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego	punkt	196	x	
73			5.10.00.000021 7	TK: innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	punkt	433	x	
74			5.10.00.000018 6	Badanie mutacji w genie RB1	punkt	1231	x	rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 34 załącznika nr 5 do rozporządzenia
75			5.10.00.000018 7	Badanie mutacji w genie VHL	punkt	400	x	rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 34 załącznika nr 5 do rozporządzenia
76			5.10.00.000022 1	Znieczulenie całkowite dożylnie – do tomografii komputerowej - SOK	punkt	248	x	- do sumowania ze świadczeniami tomografii komputerowej (TK). - kryteria kwalifikacji do świadczeń tomografii komputerowej (TK) w znieczuleniu zostały określone w załączniku nr 7 do rozporządzenia, - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12,
77			5.10.00.000022 2	Znieczulenie całkowite dożylnie – do rezonansu magnetycznego - SOK	punkt	367	x	- do sumowania ze świadczeniami rezonansu magnetycznego (RM), - kryteria kwalifikacji do świadczeń rezonansu magnetycznego (RM) w znieczuleniu zostały określone w załączniku nr 7 do rozporządzenia, - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12,
78			5.10.00.000020 4	Konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania	punkt	119	x	- do sumowania z produktami: 5.10.00.0000192, 5.10.00.0000197,

				znieczulenia do zabiegu diagnostycznego - SOK				5.10.00.0000198, 5.10.00.0000199, 5.10.00.0000200, 5.10.00.0000201, 5.10.00.0000202, 5.10.00.0000206, 5.10.00.0000207, 5.10.00.0000208, 5.10.00.0000209, 5.10.00.0000210, 5.10.00.0000211, 5.10.00.0000212,5.10.00.0000213 , 5.10.00.0000214, 5.10.00.0000215, 5.10.00.0000216, 5.10.00.0000217, - 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, z późn. zm) - musi się odbyć co najmniej 2 dni przed datą wykonania badania endoskopowego
79	11.1212.163.02	Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na siatkówczaka lub chorobę von	5.10.00.0000186	Badanie mutacji w genie RB1	punkt	1231	x	rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 34 załącznika nr 5 do rozporządzenia

80	Hippel-Lindau (VHL) - świadczenia diagnostyki genetycznej udzielane osobom do ukończenia 18 roku życia	5.10.00.000018 7	Badanie mutacji w genie VHL	punkt	400	x	rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 34 załącznika nr 5 do rozporządzenia
----	--	---------------------	-----------------------------	-------	-----	---	--

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 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.).

Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem polegają na nadaniu nowego brzmienia załącznikom nr 1 oraz nr 1b.

Zmiany załącznika nr 1 wynikają z wejścia w życie z dniem 1 stycznia 2026 r. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 czerwca 2025 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 785).

Rozporządzenie to wprowadziło zmiany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, z późn. zm.) przez nadania nowego brzmienia części VII Świadczenia Medycyny Nuklearnej (lp. 9) w załączniku nr 2 "Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku badań diagnostycznych oraz warunki ich realizacji". Dodano m.in. nowe świadczenie "92.0681 Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET-MRI) we wskazaniach onkologicznych u dzieci i młodzieży z zastosowaniem zarejestrowanych radiofarmaceutyków" (przy czym dodano kategorię 92.068 – Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET-MRI) oraz dodano nowe kryteria kwalifikacji do badań PET.

W celu umożliwienia rozliczania nowego świadczenia wprowadzono 2 nowe produkty rozliczeniowe w istniejącym już zakresie "pozytonowa tomografia emisyjna (PET)":

- pozytonowa tomografia emisyjna (PET-MRI) we wskazaniach onkologicznych u dzieci i młodzieży z zastosowaniem zarejestrowanych radiofarmaceutyków z wyłączeniem 18F-FET (tyrozyna),
- pozytonowa tomografia emisyjna (PET-MRI) we wskazaniach onkologicznych u dzieci i młodzieży z zastosowaniem radiofarmaceutyku 18F-FET (tyrozyna).

Wyceny punktowe nowych produktów rozliczeniowych oparto na wycenie dokonanej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, przy czym przy przeliczeniu wyceny na punkty w katalogu oparto się na średniej rzeczywistej cenie punktu w III kwartale 2025, a wynik zaokrąglono do liczb całkowitych.

Natomiast dodanie nowych kryteriów kwalifikacji do badań PET, w których wskazano zastosowanie nowych radiofarmaceutyków (analogi somatostatyny, pochodne PSMA) znalazło odzwierciedlenie w zmienionej treści uwag do istniejącego już produktu "5.10.00.0000104 pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy II".

Zmiany załącznika nr 1b wynikają z obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z 19 listopada 2025 r. w sprawie tariff świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego w obszarze badań tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego.

Na tej podstawie dokonano aktualizacji wycen produktów rozliczeniowych dedykowanych rozliczaniu badań tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego w zakresach :

- "Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi lub raka jajnika",
- "Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na siatkówczaka lub chorobę von Hippel-Lindau (VHL)".

Nowe wyceny punktowe tych produktów rozliczeniowych oparto na opublikowanej taryfie, przy czym przy przeliczeniu wyceny na punkty w katalogu oparto się na średnich rzeczywistych cenach punktu w tych zakresach w III kwartale 2025, a wynik zaokrąglono do liczb całkowitych. Wyceny w przeliczeniu na złote są ujednolicone z wycenami w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Wprowadzenie nowych świadczeń w obszarze pozytonowej tomografii emisyjnej oraz tariff świadczeń w obszarze tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego będzie skutkować zwiększeniem wydatków po stronie płatnika publicznego średnio o blisko 5 mln zł, w skali roku.

Zasady rozliczania wprowadzone niniejszym zarządzeniem będą miały zastosowanie dla świadczeń zrealizowanych od 1 stycznia 2026 r.

Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 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 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 na okres 7 dni.

W ramach konsultacji swoje uwagi przedstawiło 8 interesariuszy. Część z nich przekazało informację o braku uwag do projektowanych zmian. Część zgłoszonych uwag nie została uwzględniona. Nie dotyczyły one przedmiotu zmiany, natomiast odnosiły się do warunków uregulowanych przywołanym na wstępie rozporządzeniem Ministra Zdrowia bądź były sprzeczne z opracowaniem AOTMiT. Uwzględniono natomiast propozycję zmiany treści uwag do istniejącego już produktu "5.10.00.0000104 pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy II", dotyczącą usunięcia słów "18F-cholina (18-fluorocholina)".