

**ZARZĄDZENIE NR 47/2026/DSOZ  
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 30 kwietnia 2026 r.

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

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461, 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz. 26 i 203) zarządza się, co następuje:

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

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

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

**§ 3.** Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 maja 2026 r.

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

**PREZES  
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Marek Augustyn  
wz. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
*/dokument podpisany elektronicznie/*

---

<sup>1)</sup>Zmienionym zarządzeniem Nr 28/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 marca 2022, zarządzeniem Nr 58/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2022 r., zarządzeniem Nr 95/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 lipca 2022 r., zarządzeniem Nr 11/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 stycznia 2023 r., zarządzeniem Nr 37/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 lutego 2023 r., zarządzeniem Nr 92/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 czerwca 2023 r., zarządzeniem Nr 157/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2023 r., zarządzeniem Nr 39/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2024 r. i zarządzeniem Nr 69/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 lipca 2024 r., zarządzeniem Nr 63/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 lipca 2025 r., zarządzeniem Nr 102/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2025 r. oraz zarządzeniem Nr 15/2026/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 lutego 2026 r.

Katalog onkologicznych świadczeń kompleksowych																	
Lp.	Kod zakresu świadczenia	Nazwa zakresu świadczeń	Kod produktu rozliczeniowego	Kod grupy	Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość punktowa	Wartość punktowa hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacja planowa	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacji dzień przyjęcia - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa hospitalizacji 1-dniowej - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa hospitalizacji 2-dniowej - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa	Wartość punktowa osobodnia ponad ryczałt finansowany grupą - typ umowy hospitalizacja	Świadczenia wykonywane w trybie hospitalizacji	Świadczenia wykonywane w trybie ambulatoryjnym	Świadczenia wykonywane w trybie domowym	Uwagi dodatkowe
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
<b>Część I Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Piers)</b>																	
1			5.51.01.0009052	J01G	Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej*	20 108	18 499		17				364	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - nie obejmuje profilaktycznej mastektomii
2			5.51.01.0009053	J01H	Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem protezy/ ekspandera*	10 084	9 277		17				364	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - nie obejmuje profilaktycznej mastektomii
3			5.51.01.0009002	J02	Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi*	6 648	6 116		18	6 116	6 293	6 471	364	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
4			5.51.01.0009050	J03E	Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.z.*	4 587	4 220			4 220	4 342	4 465		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
5			5.51.01.0009051	J03F	Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.z.*	3 872	3 562			3 562	3 665	3 769		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
6			5.51.01.0009056	J03O	Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 r.z. w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*	5 757	5 296			5 296	5 450	5 603		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - grupa do rozliczenia przez podmioty realizujące leczenie onkologiczne w sposób kompleksowy lub spełniające warunki minimalnej liczby zabiegów określone w zał. nr 18 do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
7			5.51.01.0009054	J04G	Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanki własnej*	11 264	10 363							x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
8			5.51.01.0009055	J04H	Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem protezy/ ekspandera*	5 646	5 194			5 194	5 345	5 495		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
9			5.51.01.0009005	J05	Średnia chirurgia piersi*	1 439	1 324			1 324	1 362	1 401		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
10			5.51.01.0009006	J06	Mala chirurgia piersi*	663	610			610	628	645		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
11			5.51.01.0009008	J08	Choroby piersi złośliwe	2 085	1 918		8	625	1 112	1 598	247	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
12			5.51.01.0009010	J10	Biopsja mammotomiczna*	2 363	2 174							x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
13			5.51.01.0015018	Q18	Duże zabiegi na układzie limfatycznym*	3 942	3 627			3 626	3 731	3 837		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
14			5.51.01.0015019	Q19	Średnie zabiegi na układzie limfatycznym*	2 389	2 198			2 198	2 262	2 325		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
15			5.51.01.0015020	Q20	Małe zabiegi na układzie limfatycznym *	724	666			666	685	705		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
16			5.60.01.0000001	nd	Materiał onkologiczny duży	1 321								x			- można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
17			5.60.01.0000002	nd	Materiał śródoperacyjny	431								x			- można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
18			5.60.01.0000003	nd	Konsylium lekarskie	270								x	x		- obejmuje opracowanie indywidualnego planu leczenia onkologicznego oraz koordynację procesu leczenia przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, zgodnie z § 4a ust. 1a pkt 3 rozporządzenia szpitalnego oraz warunkami określonymi w ust. 3-5, w pozycji „Organizacja udzielania świadczeń”, w części 2 załącznika nr 3a do rozporządzenia szpitalnego, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
19			5.07.01.0000011	nd	Teleradioterapia	17 468								x	x		- cały cykl leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.247 Teleradioterapia 4D bramkowana (4D-IGRT) — fotony, 92.248 Teleradioterapia 4D adaptacyjna bramkowana (4D-AIGRT) — fotony, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita





62	5.31.00.000022	Z22	Z22 Świadczenia zabiegowe - grupa 22	2309																x		- świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, - do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej albo pogłębionej, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady	
63	5.60.01.000017	nd	Opieka psychologiczna - etap diagnostyki choroby nowotworowej	160																	x	- obejmuje pełną opiekę psychologiczną na etapie diagnostyki choroby nowotworowej w zakresie określonym w załączniku nr 4 (lp. 48 i 57) do rozporządzenia szpitalnego, - produkt rozliczany jest tylko raz w stosunku do danego świadczeniobiorcy	
64	5.60.01.000016	nd	Inna konsultacja specjalistyczna w kompleksowej opiece onkologicznej	68																	x	dotyczy konsultacji specjalistycznych przeprowadzonych przez lekarzy specjalistów w innych dziedzinach medycyny niż wskazane w części 2 załącznika 3a do rozporządzenia szpitalnego	
65	5.03.00.0000126	nd	MR badanie piersi	837																	x	- w ramach diagnostyki nowotworu piersi: do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej albo pogłębionej, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady, - w ramach monitorowania: do wykazania z innymi produktami albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady.	
66	5.10.00.0000103	nd	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy I	2 795																	x	- z zastosowaniem radiofarmaceutyku 18F-FDG, - do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej albo pogłębionej, albo z innymi produktami rozliczeniowymi, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady	
67	5.10.00.0000104	nd	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy II	4 142																	x	- z zastosowaniem innych radiofarmaceutyków we wskazaniach onkologicznych, - do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej lub pogłębionej albo z innymi produktami rozliczeniowymi, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady	
68	5.31.00.0000100	Z100	Z100 Świadczenia zabiegowe - grupa 100	41																	x	x	rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie procedur ICD-9 właściwych dla onkologicznych świadczeń kompleksowych.
69	5.60.01.000015	nd	Pobyt diagnostyczny	150																	x	x	- można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenia szpitalnego, - zgodnie z § 19 pkt 13 i 14 zarządzenia
70	5.05.00.0000106	nd	Znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 1	172																	x		- świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: badania tomografii komputerowej (TK) w ramach pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębionej, - kryteria kwalifikacji do świadczeń tomografii komputerowej (TK) w znieczuleniu: 1) wiek do 12 roku życia włącznie lub 2) wiek do 18 roku życia oraz rozpoznanie według klasyfikacji ICD-10: F90, R44, lub 3) nasilony przebieg zaburzeń lękowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD 10: F40 - F41, lub 4) brak współpracy pacjenta z personelem medycznym z powodu nasilenia objawów w przebiegu zaburzeń psychicznych lub rozwojowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD-10: F00 - F07, F20 - F25, F28 - F31, F71 - F73, F84, lub 5) zaburzenia ruchowe o nasileniu utrudniającym przeprowadzenie badania (drżenia typu płaszczyznowego lub parkinsonowskiego), - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12
71	5.05.00.0000107	nd	Znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 2	270																	x		- świadczenie do sumowania z produktem rozliczeniowym: 5.03.00.0000126, - świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: badania rezonansu magnetycznego (MR) w ramach pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębionej, - kryteria kwalifikacji do świadczeń rezonansu magnetycznego (MR) w znieczuleniu: 1) wiek do 18 roku życia włącznie lub 2) wiek do 18 roku życia oraz rozpoznanie według klasyfikacji ICD-10: F90, R44, lub 3) nasilony przebieg zaburzeń lękowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD 10: F40 - F41, lub 4) brak współpracy pacjenta z personelem medycznym z powodu nasilenia objawów w przebiegu zaburzeń psychicznych lub rozwojowych z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD-10: F00 - F07, F20 - F25, F28 - F31, F71 - F73, F84, lub 5) zaburzenia ruchowe o nasileniu utrudniającym przeprowadzenie badania (drżenia typu płaszczyznowego lub parkinsonowskiego) - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12
72	5.05.00.0000105	nd	Konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego	75																	x		- świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: badania tomografii komputerowej (TK) w ramach pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębionej, - świadczenie do sumowania z produktem rozliczeniowym: 5.03.00.0000126, - świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: badania rezonansu magnetycznego (MR) w ramach pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębionej, - kryteria kwalifikacji do świadczeń tomografii komputerowej (TK) lub rezonansu magnetycznego (RM) w znieczuleniu określono przy produktach: 5.05.00.0000106 Znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 1 i 5.05.00.0000107 Znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 2, - porada nie stanowi kwalifikacji pacjenta do znieczulenia przeprowadzanej nie później niż 24 godziny przed zabiegiem w trybie planowym, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U. z 2024 r. poz. 332, z późn. zm.)
73	5.30.00.0000001	W01	W01 Świadczenie pohospitalizacyjne	48																	x		świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
74	5.30.00.0000002	W02	W02 Świadczenie receptowe	11																	x		świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
75	5.30.00.0000011	W11	W11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu	44																	x		rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
76	5.30.00.0000012	W12	W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu	75																	x		rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
77	5.30.00.0000013	W13	W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu	133																	x		rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
78	5.30.00.0000014	W14	W14 Świadczenie specjalistyczne 4-go typu	172																	x		rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
79	5.30.00.0000015	W15	W15 Świadczenie specjalistyczne 5-go typu	56																	x		rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna

80	5.30.00.000017	W17	W17 Świadczenie specjalistyczne 7-go typu	104									x		rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
81	5.60.01.000019	nd	Opieka psychologiczna - etap monitorowania choroby nowotworowej	74									x		możliwość wykazania maksymalnie 5 produktów
82	5.03.00.000020	nd	scyntygrafia całego ciała (układ kostny)	388									x		Obejmuje procedury ICD:9 92.141 Scyntygrafia trójfazowa odcinka układu kostnego z zastosowaniem fosfonianów lub 92.142 Scyntygrafia jednofazowa odcinka układu kostnego z zastosowaniem fosfonianów, lub 92.143 Scyntygrafia układu kostnego metodą SPECT albo SPECT CT, lub 92.144 Scyntygrafia całego układu kostnego (metoda „whole body”) z zastosowaniem fosfonianów, lub 92.149 Scyntygrafia układu kostnego – inne
83	5.03.00.000013	nd	limfoscycygrafia	323									x		92.162 Scyntygraficzna ocena położenia węzła wartowniczego
<b>Część II Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG)</b>															
84	5.51.01.0006030	F30	Kompleksowe i duże zabiegi jelita grubego*		13 656	12 564	21	12 564	12 928	13 292	587		x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
85	5.51.01.0006113	F32O	Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*		13 491	12 412	16	12 412	12 772	13 131	587		x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - grupa do rozliczenia przez podmioty realizujące leczenie onkologiczne w sposób kompleksowy lub spełniające warunki minimalnej liczby zabiegów określone w zał. nr 18 do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
86	5.51.01.0006036	F36	Choroby jelita grubego		3 141	2 890		1 571	2 094	2 618			x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
87	5.51.01.0006116	F37	Diagnostyczne i małe zabiegi dolnego odcinka przewodu pokarmowego*		1 805	1 661		1 661	1 709	1 757			x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
88	5.51.01.0006038	F38	Średnie i endoskopowe zabiegi dolnego odcinka przewodu pokarmowego*		3 055	2 811		2 811	2 892	2 974			x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
89	5.51.01.0006042	F42	Duże zabiegi jamy brzusznej*		7 695	7 079	13	7 080	7 285	7 490	588		x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
90	5.51.01.0006114	F42O	Duże zabiegi jamy brzusznej w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*		16 322	15 016	27	15 016	15 451	15 887	587		x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - grupa do rozliczenia przez podmioty realizujące leczenie onkologiczne w sposób kompleksowy lub spełniające warunki minimalnej liczby zabiegów określone w zał. nr 18 do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
91	5.51.01.0006103	F43E	Średnie i endoskopowe lecznicze zabiegi jamy brzusznej > 65 r.ż.*		6 000	5 520	14	5 520	5 680	5 840	588		x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
92	5.51.01.0006104	F43F	Średnie i endoskopowe lecznicze zabiegi jamy brzusznej < 66 r.ż.*		5 039	4 636	12	4 636	4 770	4 905	588		x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
93	5.51.01.0006107	F86E	Choroby wyrostka robaczkowego > 65 r.ż.		4 634	4 263		2 318	3 090	3 862			x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
94	5.51.01.0006108	F86F	Choroby wyrostka robaczkowego < 66 r.ż.		3 735	3 436		1 868	2 490	3 113			x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
95	5.51.01.0006093	F93	Średnie zabiegi odbytu*		3 436	3 161							x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
96	5.51.01.0006094	F94	Małe zabiegi odbytu i odbytnicy*		2 587	2 380							x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
97	5.51.01.0006096	F96	Choroby odbytu		4 025	3 703	15	2 013	2 684	3 354	588		x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
98	5.51.01.0015019	Q19	Średnie zabiegi na układzie limfatycznym*		2 389	2 198		2 198	2 262	2 325			x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
99	5.60.01.0000003	nd	Konsylium lekarskie	270									x	x	- obejmuje opracowanie indywidualnego planu leczenia onkologicznego oraz koordynację procesu leczenia przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, zgodnie z § 4a ust. 1a pkt 3 rozporządzenia szpitalnego oraz warunkami określonymi w ust. 2-3, w pozycji „Organizacja udzielania świadczeń”, w części 3 załącznika nr 3a do rozporządzenia szpitalnego, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
100	5.60.01.0000013	nd	Material pooperacyjny	1 500									x		- można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - można rozliczyć, gdy materiał do badania patomorfologicznego został pobrany w trakcie realizacji świadczeń zdefiniowanych przez następujące grupy JGP z katalogu 1on: F30; F32O; F42; F42O; F93
101	5.07.01.0000011	nd	Teleradioterapia	17 468									x	x	- cały cykl leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.247 Teleradioterapia 4D bramkowana (4D-IGRT) — fotony, 92.248 Teleradioterapia 4D adaptacyjna bramkowana (4D-AIGRT) — fotony, 92.256 Teleradioterapia 4D bramkowana (4D-IGRT) — elektrony, 92.257 Teleradioterapia 4D adaptacyjna bramkowana (4D-AIGRT) — elektrony, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita









## Warunki rozliczenia produktów rozliczeniowych

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

#### J Choroby piersi

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

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

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

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

##### J02 Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi\*

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

##### J02kon ICD-9

85.261 Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych bez centralizacji kompleksu brodawka - otoczka piersiowa lub z centralizacją

85.432 Zmodyfikowana radykalna mastektomia

85.433 Prosta mastektomia z wycięciem regionalnych węzłów chłonnych

85.451 Usunięcie piersi, mięśnia piersiowego, regionalnych węzłów chłonnych [pachowych, pod i nadobojczykowych]

85.452 Radykalna odjęcie piersi BNO

85.46 Obustronne radykalne odjęcie piersi

85.471 Wycięcie piersi, mięśnia piersiowego, regionalnych węzłów chłonnych [pachowych, nadobojczykowych, piersiowych wewnętrznych, śródpiersiowych]

85.472 Poszerzona radykalna amputacja piersi BNO

85.48 Obustronne poszerzone radykalne odjęcie piersi

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

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

*lub*

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

##### J03Ekon ICD-9

85.312 Jednostronna zmniejszająca mammoplastyka

85.411 Mastektomia - inna

85.412 Mastektomia całkowita

85.421 Obustronne proste odjęcie piersi

85.422 Obustronne całkowite odjęcie piersi

85.431 Poszerzona prosta mastektomia - inna

##### J03Ekon ICD-10

C50.0 Nowotwór złośliwy (brodawka i otoczka brodawki sutkowej)

C50.1 Nowotwór złośliwy (centralna część sutka)

C50.2 Nowotwór złośliwy (ćwiartka górna wewnętrzna sutka)

C50.3 Nowotwór złośliwy (ćwiartka dolna wewnętrzna sutka)

C50.4 Nowotwór złośliwy (ćwiartka górna zewnętrzna sutka)

C50.5 Nowotwór złośliwy (ćwiartka dolna zewnętrzna sutka)

C50.6 Nowotwór złośliwy (część pachowa sutka)

C50.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice sutka)

C50.9 Nowotwór złośliwy (sutek, nieokreślony)

C79.8 Wtórny nowotwór złośliwy innych określonych umiejscowień

D05.0 Rak zrazikowy in situ

D05.1 Rak wewnątrzprzewodowy in situ

D05.7 Inny rak sutka in situ

D05.9 Rak in situ sutka, nieokreślony

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

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

*lub*

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

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

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

*lub*

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

##### ICD-10

C50.0 Nowotwór złośliwy (brodawka i otoczka brodawki sutkowej)

- C50.1 Nowotwór złośliwy (centralna część sutka)
- C50.2 Nowotwór złośliwy (ćwiartka górna wewnętrzna sutka)
- C50.3 Nowotwór złośliwy (ćwiartka dolna wewnętrzna sutka)
- C50.4 Nowotwór złośliwy (ćwiartka górna zewnętrzna sutka)
- C50.5 Nowotwór złośliwy (ćwiartka dolna zewnętrzna sutka)
- C50.6 Nowotwór złośliwy (część pachowa sutka)
- C50.8 Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice sutka)
- C50.9 Nowotwór złośliwy (sutek, nieokreślony)

#### **J04G Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanki własnej\***

*wymagane wskazanie procedury z listy procedur J04G i rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J03Ekon*

##### **ICD-9**

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

#### **J04H Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem protezy/ ekspandera\***

*wymagane wskazanie procedury z listy procedur J04Hkon i rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J03Ekon*

##### **J04Hkon ICD-9**

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

#### **J05 Średnia chirurgia piersi\***

*wymagane wskazanie procedury z listy procedur J05kon i rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J03Ekon*

##### **J05kon ICD-9**

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

#### **J06 Mała chirurgia piersi\***

*wymagane wskazanie procedury 85.114 Przeszkórna gruboigłowa biopsja piersi – celowana i rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J03Ekon*

#### **J08 Choroby piersi złośliwe**

*wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon*

##### **J08kon ICD-10**

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

#### **J10 Biopsja mammotomiczna \***

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

##### **ICD-9**

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

#### **Q18 Duże zabiegi na układzie limfatycznym\***

*wymagane wskazanie procedury z listy Q18kon oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon*

##### **Q18kon ICD-9**

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

#### **Q19 Średnie zabiegi na układzie limfatycznym\***

*wymagane wskazanie procedury 40.12 wycięcie węzła wartowniczego oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon*

## **Q20 Małe zabiegi na układzie limfatycznym**

wymagane wskazanie procedury z listy procedur Q20kon; czas pobytu < 5 dni

### **Q20kon ICD-9**

40.10 Biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych)

40.23 Wycięcie pachowego węzła chłonnego

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

wymagane wskazanie:

*minimum 3 procedur ICD-9 dziennie z listy dodatkowej ROKOa*

*minimum 2 procedur ICD-9 dziennie z listy dodatkowej ROKOb oraz ROKOc*

*rozpoznania zasadniczego z listy dodatkowej ROKOd*

*lub*

*minimum 3 procedur ICD-9 dziennie z listy dodatkowej ROKOa*

*minimum 2 procedur ICD-9 dziennie z listy dodatkowej ROKOb oraz ROKOc*

*rozpoznania zasadniczego z listy dodatkowej ROKOd*

*rozpoznania współlistniejącego z listy rozpoznań określonej w załączniku nr 3b do zarządzenia REH*

Listy dodatkowe

### **ROKOa**

93.1139 Inne ćwiczenia z udziałem fizjoterapeuty

93.1202 Ćwiczenia czynne wolne

93.1204 Ćwiczenia samowspomagane

93.1205 Ćwiczenia czynne w odciążeniu

93.1304 Ćwiczenia izotoniczne

93.1305 Ćwiczenia izokinetyczne

93.1401 Ćwiczenia jednopłaszczyznowe kilku stawów na przyrządach

93.1812 Czynne ćwiczenia oddechowe

93.1903 Ćwiczenia sprawności manualnej

93.1907 Ćwiczenia zespołowe

93.1909 Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne

93.3301 Kąpiel wirowa kończyn górnych

93.3801 Metody reedukacji nerwowo - mięśniowej

93.3808 Metody neurofizjologiczne - metoda PNF

93.3812 Plastrowanie dynamiczne/Kinesiology Taping/

93.3816 Metody terapii manualnej - metoda Cyriaxa

93.3818 Metody terapii manualnej - metoda Kaltenborna - Evjenta

93.3821 Metody terapii manualnej - metoda Maitlanda

93.3827 Metody terapii manualnej - inne

93.3831 Ćwiczenia specjalne

93.3912 Masaż klasyczny - częściowy

93.3916 Masaż pneumatyczny

93.3918 Masaż inny

93.3981 Inne kąpiele

93.3985 Masaż wibracyjny

93.3987 Drenaż limfatyczny ogólny

93.3999 Zabiegi fizjoterapeutyczne - inne

### **ROKOb**

89.01 Profilaktyka i promocja zdrowia

89.08 Inna konsultacja

### **ROKOc**

94.08 Testy/ocena psychologiczna - inna

94.335 Trening autogenny

94.336 Terapia behawioralno-relaksacyjna - inne formy

94.36 Psychoterapia w formie zabaw

94.37 Psychoterapia integrująca

94.39 Psychoterapia indywidualna - inne

94.44 Terapia grupowa - inne

94.49 Inne poradnictwo

### **ROKOd**

I97.2 Zespół obrzęku chłonnego po usunięciu sutka

I97.8 Inne pozabiegowe zaburzenia funkcji układu krążenia, niesklasyfikowane gdzie indziej

I97.9 Pozabiegowe zaburzenia funkcji układu krążenia, nieokreślone

C50.0 Brodawka i otoczka brodawki sutka

C50.1 Centralna część sutka

C50.2 Ćwiartka górna wewnętrzna sutka

C50.3 Ćwiartka dolna wewnętrzna sutka

C50.4 Ćwiartka górna zewnętrzna sutka

C50.5 Ćwiartka dolna zewnętrzna sutka

C50.6 Część pachowa sutka

C50.8 Zmiana przekraczająca granice sutka

C50.9 Sutek, nieokreślony

C79.8 Wtórny nowotwór złośliwy innych określonych umiejscowień

D05.0 Rak zrazikowy in situ

D05.1 Rak wewnątrzprzewodowy in situ

D05.7 Inny rak sutka in situ

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

### Z22 Świadczenia zabiegowe - grupa 22

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

### Z100 Świadczenia zabiegowe - grupa 100

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

### W01 Świadczenie pohospitalizacyjne

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

### W02 Świadczenie receptowe

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

### W11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu

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

### W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu

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

### W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu

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

### W14 Świadczenie specjalistyczne 4-go typu

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

### W15 Świadczenie specjalistyczne 5-go typu

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

### W17 Świadczenie specjalistyczne 7-go typu

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

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

### F30 Kompleksowe i duże zabiegi jelita grubego

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

#### F30kon ICD-9

- 45.52 Wyizolowanie segmentu jelita grubego
- 45.711 Mnogie resekcje segmentalne urazowo zmienionego jelita grubego
- 45.719 Mnogie resekcje segmentalne jelita grubego – inne
- 45.721 Wycięcie kątnicy i końcowego odcinka jelita krętego
- 45.729 Wycięcie kątnicy – inne
- 45.731 Ileokolektomia
- 45.732 Prawostronna radykalna kolektomia
- 45.733 Hemikolektomia prawostronna
- 45.74 Resekcja poprzecznicy
- 45.75 Hemikolektomia lewostronna
- 45.76 Sigmoidektomia
- 45.799 Częściowe wycięcie jelita grubego – inne
- 45.8 Totalna śródbrzuszna kolektomia
- 45.93 Zespoleenie jelito cienkie-jelito grube – inne
- 45.94 Zespoleenie jelito grube-jelito grube
- 45.951 Zespoleenie do odbytu
- 45.952 Wytworzenie zbiornika jelitowego (J, H, S) z zespoleniem jelita cienkiego z odbytem
- 46.011 Ileostomia pętlowa
- 46.032 Kolostomia pętlowa

46.11 Czasowa kolostomia  
46.13 Stała kolostomia  
46.14 Odłożone otwarcie kolostomii  
46.19 Kolostomia – inna  
46.43 Rewizja przetoki jelita grubego – inna  
48.1 Wytworzenie przetoki odbytniczej  
48.491 Brzuszo-kroczoowa resekcja odbytnicy pull-through  
48.5 Brzuszo-kroczoowa amputacja odbytnicy  
48.61 Przekrzyżowe wycięcie odbytnicy/ esicy  
48.62 Przednia resekcja odbytnicy z wytworzeniem kolostomii  
48.63 Przednia resekcja odbytnicy – inna  
48.64 Tylna resekcja odbytnicy  
48.691 Częściowe wycięcie odbytnicy  
48.692 Resekcja odbytnicy BNO  
49.6 Wycięcie odbytu

#### **F30kon ICD-10**

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

#### **F32O Duże i endoskopowe zabiegi jelita grubego w rozpoznaniach nowotworów złośliwych\***

*wymagane wskazanie procedury z listy procedur F32Okon oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F32O*

#### **F32Okon ICD-9**

45.431 Endoskopowa ablacja guza jelita grubego  
45.52 Wyizolowanie segmentu jelita grubego  
45.719 Mnogie resekcje segmentalne jelita grubego - inne  
45.721 Wycięcie kątnicy i końcowego odcinka jelita krętego  
45.729 Wycięcie kątnicy - inne  
45.731 Ileokolektomia  
45.76 Sigmoidektomia  
45.799 Częściowe wycięcie jelita grubego - inne  
45.93 Zespolenie jelito cienkie-jelito grube – inne  
45.94 Zespolenie jelito grube-jelito grube  
45.951 Zespolenie do odbytu  
46.011 Ileostomia pętlowa  
46.032 Kolostomia pętlowa  
46.11 Czasowa kolostomia  
46.13 Stała kolostomia  
46.14 Odłożone otwarcie kolostomii  
46.19 Kolostomia - inna  
46.43 Rewizja przetoki jelita grubego - inna  
48.1 Wytworzenie przetoki odbytniczej  
48.491 Brzuszo kroczoowa resekcja odbytnicy pull-through  
48.691 Częściowe wycięcie odbytnicy  
48.692 Resekcja odbytnicy BNO  
49.6 Wycięcie odbytu

#### **F32Okon ICD-10**

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

#### **F36 Choroby jelita grubego**

*wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F30kon*

#### **F37 Diagnostyczne i małe zabiegi dolnego odcinka przewodu pokarmowego**

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

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

#### **F37kon ICD-9**

- 45.22 Endoskopia jelita grubego przez przetokę
- 45.231 Fiberokolonoskopia
- 45.24 Fiberosigmoidoskopia
- 45.252 Pobranie materiału przez wyszczotczkowanie lub wyflukanie jelita grubego
- 45.253 Kolonoskopia z biopsją
- 45.42 Endoskopowe wycięcie polipa jelita grubego
- 45.439 Endoskopowe zniszczenie innych zmian lub tkanek jelita grubego – inne
- 48.23 Procto-sigmoidoskopia sztywnym wziernikiem;

#### **F38 Średnie i endoskopowe zabiegi dolnego odcinka przewodu pokarmowego**

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

#### **F38kon ICD-9**

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

#### **F42 Duże zabiegi jamy brzusznej\***

*wymagane wskazanie procedury z listy procedur F42kon oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F42kon*

#### **F42kon ICD-9**

- 54.121 Laparotomia przez ranę operacyjną w celu opanowania krwotoku
- 54.123 Laparotomia przez ranę operacyjną w celu nacięcia krwiaka
- 54.4 Wycięcie/ zniszczenie tkanek otrzewnowej
- 54.511 Usunięcie zrostów otrzewnowych dróg żółciowych metodą otwartą
- 54.512 Uwolnienie otrzewnowych zrostów jelitowych metodą otwartą
- 54.513 Uwolnienie zrostów otrzewnowych wątroby metodą otwartą
- 54.514 Uwolnienie zrostów otrzewnowych otrzewnej miednicy metodą otwartą
- 54.515 Uwolnienie zrostów otrzewnowych otrzewnej metodą otwartą
- 54.516 Uwolnienie zrostów otrzewnowych śledziony metodą otwartą
- 54.517 Uwolnienie zrostów otrzewnowych macicy metodą otwartą
- 54.73 Operacja naprawcza otrzewnej - inne
- 54.741 Zeszycie sieci
- 54.742 Przeszczep sieci
- 54.743 Omentopeksja
- 54.744 Odprowadzenie skrętu sieci
- 54.751 Plikacja krezki
- 54.752 Ufiksowanie krezki
- 54.94 Wytworzenie połączenia otrzewnowo-naczyniowego

#### **F42kon ICD-10**

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

#### **F42O Duże zabiegi jamy brzusznej w rozpoznaniach nowotworów złośliwych\***

*wymagane wskazanie procedury z listy procedur F42kon oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F42kon*

#### **F43E Średnie i endoskopowe lecznicze zabiegi jamy brzusznej > 65 r.ż.\***

*wymagane wskazanie procedury z listy procedur F43Ekon oraz rozpoznania zasadniczego z listy F30kon lub F86Ekon lub F96kon; wiek > 65r.ż.*

#### **F43Ekon ICD-9**

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

#### **F43F Średnie i endoskopowe lecznicze zabiegi jamy brzusznej < 66r.ż.\***

*wymagane wskazanie procedury z listy procedur F43Ekon oraz rozpoznania zasadniczego z listy F30kon lub F86Ekon lub F96kon; wiek < 66r.ż.*

#### **F86E Choroby wyrostka robaczkowego > 65r.ż.**

*wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F86Ekon; wiek > 65r.ż.*

**F86Ekon ICD-10**

C18.1 Nowotwór złośliwy (wrostek robaczkowy)

**F86F Choroby wyrostka robaczkowego < 66r.ż.**

wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F86Ekon; wiek < 66r.ż.

**F93 Średnie zabiegi odbytu\***

wymagane wskazanie procedury z listy procedur F93kon oraz rozpoznania zasadniczego z listy F30kon lub F96kon

**F93kon ICD-9**

48.1 Wytworzenie przetoki odbytniczej  
48.31 Radykalna elektrokoagulacja zmiany odbytnicy  
48.691 Częściowe wycięcie odbytnicy  
48.692 Resekcja odbytnicy BNO

**F94 Małe zabiegi odbytu i odbytnicy\***

wymagane wskazanie procedury z listy procedur F94kon oraz rozpoznania zasadniczego z listy F30kon lub F96kon; czas pobytu < 5 dni

**F94kon ICD-9**

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

**F96 Choroby odbytu**

wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań F96kon

**F96kon ICD-10**

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

**Listy dodatkowe do sekcji F****F1****ICD-9**

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

**F2****ICD-10**

D50.0 Niedokrwistość z niedoboru żelaza spowodowana (przewlekłą) utratą krwi  
D50.1 Dysfagia syderopeniczna  
D50.8 Inne niedokrwistości z niedoboru żelaza  
D50.9 Nieokreślone niedokrwistości z niedoboru żelaza  
D51.0 Niedokrwistość z niedoboru witaminy B12 spowodowana niedoborem czynnika wewnętrznego  
D51.1 Niedokrwistość z niedoboru witaminy B12 spowodowana wybiórczym upośledzeniem wchłaniania witaminy B12 połączona z białkomoczem  
D51.2 Niedobór transkobalaminy II  
D51.3 Inne niedokrwistości z niedoboru witaminy B12 zależne od diety  
D51.8 Inne niedokrwistości z niedoboru witaminy B12  
D51.9 Nieokreślona niedokrwistość z niedoboru witaminy B12  
D52.0 Niedokrwistość z niedoboru kwasu foliowego zależna od diety  
D52.1 Niedokrwistość z niedoboru kwasu foliowego wywołana lekami  
D52.8 Inne niedokrwistości z niedoboru kwasu foliowego  
D52.9 Nieokreślona niedokrwistość z niedoboru kwasu foliowego  
D53.0 Niedokrwistość z powodu niedoborów białkowych  
D53.1 Inne niedokrwistości megaloblastyczna niesklasyfikowane gdzie indziej  
D53.2 Niedokrwistość w przebiegu gnilca  
D53.8 Niedokrwistość zależna od innych określonych niedoborów pokarmowych  
D53.9 Nieokreślona niedokrwistość z niedoborów pokarmowych  
D55.0 Niedokrwistość spowodowana niedoborem dehydrogenazy glukozy-6-fosforanowej (G-6-PD)  
D55.1 Niedokrwistość zależna od innych zaburzeń metabolizmu glutationu  
D55.2 Niedokrwistość zależna od zaburzeń dotyczących enzymów glikolitycznych  
D55.8 Inna niedokrwistość zależna od zaburzeń enzymatycznych  
D55.9 Nieokreślona niedokrwistość zależna od zaburzeń enzymatycznych  
D56.0 Talasemia alfa  
D56.1 Talasemia beta  
D56.2 Talasemia delta-beta  
D56.3 Cecha talasemii  
D56.4 Dziedziczna przetrwała hemoglobina płodowa (HPPH)  
D56.8 Inne talasemie  
D56.9 Nieokreślona talasemia  
D57.0 Niedokrwistość sierpowatokrwinkowa z przełomem  
D57.1 Niedokrwistość sierpowatokrwinkowa bez przełomu

D57.2 Podwójna heterozygota w połączeniu z sierpowatokrwinkowością  
D57.3 Cecha sierpowatokrwinkowości  
D57.8 Inne sierpowatokrwinkowości  
D58.0 Sferocytoza dziedziczna  
D58.1 Eliptocytoza dziedziczna  
D58.2 Inne hemoglobinopatie  
D58.8 Inne określone dziedziczne niedokrwistości hemolityczne  
D58.9 Nieokreślone dziedziczne niedokrwistości hemolityczne  
D59.0 Niedokrwistość autoimmunohemolityczna wywołana lekami  
D59.1 Inne niedokrwistości autoimmunohemolityczne  
D59.2 Niedokrwistość hemolityczna nieautoimmunologiczna wywołana lekami  
D59.3 Zespół hemolityczno-mocznicowy  
D59.4 Inne niedokrwistości hemolityczne nieautoimmunologiczne  
D59.5 Nocna napadowa hemoglobinuria (zespół Marchiafavy-Micheli'ego)  
D59.6 Hemoglobinuria spowodowana hemolizą z innych przyczyn zewnętrznych  
D59.8 Inne niedokrwistości hemolityczne nabyte  
D59.9 Nieokreślona niedokrwistość hemolityczna nabyta  
D60.0 Przewlekła nabyta czysta aplazja czerwonych krwinek  
D60.1 Przemijająca nabyta czysta aplazja czerwonych krwinek  
D60.8 Inne nabyte czyste aplazje czerwonych krwinek  
D60.9 Nieokreślona nabyta czysta aplazja czerwonych krwinek  
D61.0 Niedokrwistość aplastyczna konstytucjonalna  
D61.1 Niedokrwistość aplastyczna wywołana lekami  
D61.2 Niedokrwistość aplastyczna spowodowana innymi czynnikami zewnętrznymi  
D61.3 Niedokrwistość aplastyczna idiopatyczna  
D61.8 Inne określone niedokrwistości aplastyczne  
D61.9 Nieokreślona niedokrwistość aplastyczna  
D62 Ostra niedokrwistość pokrwotoczna  
D63.0 Niedokrwistość w przebiegu choroby nowotworowej (C00-D48+)  
D63.8 Niedokrwistość w przebiegu innych chorób przewlekłych sklasyfikowanych gdzie indziej  
D64.0 Dziedziczna niedokrwistość syderoblastyczna  
D64.1 Wtórna niedokrwistość syderoblastyczna w przebiegu innych chorób  
D64.2 Wtórna niedokrwistość syderoblastyczna spowodowana lekami lub substancjami toksycznymi  
D64.3 Inne niedokrwistości syderoblastyczne  
D64.4 Wrodzona niedokrwistość dyserytropoetyczna  
D64.8 Inne określone niedokrwistości  
D64.9 Nieokreślona niedokrwistość  
D66 Dziedziczny niedobór czynnika VIII  
D67 Dziedziczny niedobór czynnika IX  
D68.0 Choroba von Willebranda  
D68.1 Dziedziczny niedobór czynnika XI  
D68.2 Dziedziczny niedobór innych czynników krzepnięcia  
D68.3 Skazy krwotoczne zależne od obecności krążących antykoagulantów  
D68.4 Nabyty niedobór czynników krzepnięcia  
D68.8 Inne określone zaburzenia krzepnięcia  
D68.9 Nieokreślone zaburzenia krzepnięcia  
D69.0 Plamica alergiczna  
D69.1 Jakościowe defekty płytek  
D69.2 Inne skazy niemałopłytkowe  
D69.3 Samoistna plamica małopłytkowa  
D69.4 Inne pierwotne małopłytkowości  
D69.5 Małopłytkowość wtórna  
D69.6 Nieokreślona małopłytkowość  
D69.8 Inne określone skazy krwotoczne  
D69.9 Skazy krwotoczne, nieokreślone  
D77 Inne choroby krwi i narządów krwiotwórczych w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej  
D82.0 Zespół Wiskotta-Aldricha  
E10.0 Cukrzyca insulinozależna (ze śpiączką)  
E10.1 Cukrzyca insulinozależna (z kwasicyą ketonową)  
E10.6 Cukrzyca insulinozależna (z innymi określonymi powikłaniami)  
E10.7 Cukrzyca insulinozależna (z wieloma powikłaniami)  
E10.8 Cukrzyca insulinozależna (z nieokreślonymi powikłaniami)  
E11.0 Cukrzyca insulinozależna (ze śpiączką)  
E11.1 Cukrzyca insulinozależna (z kwasicyą ketonową)  
E11.6 Cukrzyca insulinozależna (z innymi określonymi powikłaniami)  
E11.7 Cukrzyca insulinozależna (z wieloma powikłaniami)  
E11.8 Cukrzyca insulinozależna (z nieokreślonymi powikłaniami)  
E12.0 Cukrzyca związana z niedożywieniem (ze śpiączką)  
E12.1 Cukrzyca związana z niedożywieniem (z kwasicyą ketonową)  
E12.6 Cukrzyca związana z niedożywieniem (z innymi określonymi powikłaniami)  
E12.7 Cukrzyca związana z niedożywieniem (z wieloma powikłaniami)  
E12.8 Cukrzyca związana z niedożywieniem (z nieokreślonymi powikłaniami)  
E13.0 Inne określone postacie cukrzycy (ze śpiączką)  
E13.1 Inne określone postacie cukrzycy (z kwasicyą ketonową)  
E13.6 Inne określone postacie cukrzycy (z innymi określonymi powikłaniami)  
E13.7 Inne określone postacie cukrzycy (z wieloma powikłaniami)  
E13.8 Inne określone postacie cukrzycy (z nieokreślonymi powikłaniami)  
E14.0 Cukrzyca nieokreślona (ze śpiączką)  
E14.1 Cukrzyca nieokreślona (z kwasicyą ketonową)  
E14.6 Cukrzyca nieokreślona (z innymi określonymi powikłaniami)  
E14.7 Cukrzyca nieokreślona (z wieloma powikłaniami)  
E14.8 Cukrzyca nieokreślona (z nieokreślonymi powikłaniami)  
E16.2 Hipoglikemia, nieokreślona  
E41 Wyniszczenie z niedożywienia

E42 Kwashiorkor z wyniszczeniem  
E66.0 Otyłość spowodowana nadmierną podażą energii  
E66.1 Otyłość polekowa  
E66.2 Ciężka otyłość z hipowentylacją pęcherzykową  
E66.8 Inne postacie otyłości  
E66.9 Otyłość, nieokreślona  
I11.0 Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca, z (zastoinową) niewydolnością serca  
I11.9 Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca bez (zastoinowej) niewydolności serca  
I13.0 Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z (zastoinową) niewydolnością serca  
I13.1 Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z niewydolnością nerek  
I13.2 Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, tak z (zastoinową) niewydolnością serca jak i niewydolnością nerek  
I13.9 Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, nieokreślona  
I15.0 Nadciśnienie naczyniowo-nerkowe  
I15.1 Nadciśnienie wtórne do innej patologii nerek  
I15.2 Nadciśnienie wtórne do zaburzeń układu wewnątrzwydzielniczego  
I15.8 Inne wtórne nadciśnienie  
I15.9 Nadciśnienie wtórne, nieokreślone  
I20.0 Dusznicza niestabilna  
I20.1 Dusznicza bolesna z udokumentowanym skurczem naczyń wieńcowych  
I21.0 Ostry zawał serca pełnościenny ściany przedniej  
I21.1 Ostry zawał serca pełnościenny ściany dolnej  
I21.2 Ostry zawał serca pełnościenny o innej lokalizacji  
I21.3 Ostry zawał serca pełnościenny o nieokreślonym umiejscowieniu  
I21.4 Ostry zawał serca podwiersiowy  
I21.9 Ostry zawał serca, nieokreślony  
I22.0 Ponowny zawał serca ściany przedniej  
I22.1 Ponowny ostry zawał serca ściany dolnej  
I22.8 Ponowny ostry zawał serca innych miejsc  
I22.9 Ponowny ostry zawał serca o nieokreślonym umiejscowieniu  
I23.0 Krwiak osierdzia jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca  
I23.1 Ubytek przegrody międzyprzedsionkowej jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca  
I23.2 Ubytek przegrody międzykomorowej jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca  
I23.3 Pęknięcie ściany serca bez krwiaka osierdzia jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca  
I23.4 Pęknięcie strun ścięgniastych jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca  
I23.5 Pęknięcie mięśnia brodawkowatego jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca  
I23.6 Skrzepina przedsionka, uszka przedsionka i komory jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca  
I23.9 Inne powikłania występujące w czasie ostrego zawału serca  
I24.0 Zakrzepica tętnicy wieńcowej bez zawału serca  
I44.0 Blok przedsionkowo-komorowy pierwszego stopnia  
I44.1 Blok przedsionkowo-komorowy drugiego stopnia  
I44.2 Blok przedsionkowo-komorowy zupełny  
I44.3 Inne i nieokreślone bloki przedsionkowo-komorowe  
I44.4 Blok przedniej gałęzi lewej odnogi  
I44.5 Blok tylnej gałęzi lewej odnogi  
I44.6 Inny i nieokreślony blok gałęzi  
I44.7 Blok lewej odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego Hisa, nieokreślony  
I45.0 Blok prawej odnogi  
I45.1 Inne i nieokreślone bloki prawej odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego Hisa  
I45.2 Blok dwugałęziowy  
I45.3 Blok trójgałęziowy  
I45.4 Nieokreślony blok wewnątrzkomorowy  
I45.5 Inny określony blok serca  
I45.6 Zespół preekscytacji  
I45.8 Inne określone zaburzenia przewodnictwa  
I45.9 Zaburzenie przewodnictwa, nieokreślone  
I47.0 Komorowe zaburzenia rytmu typu fali nawrotowej (re-entry)  
I47.1 Częstoskurcz nadkomorowy  
I47.2 Częstoskurcz komorowy  
I47.9 Częstoskurcz napadowy, nieokreślony  
I48 Migotanie i trzepotanie przedsionków  
I49.0 Migotanie i trzepotanie komór  
I49.1 Przedwczesna depolaryzacja przedsionkowa  
I49.2 Przedwczesna depolaryzacja (pobudzenie) z łącza przedsionkowo-komorowego  
I49.3 Przedwczesna depolaryzacja (pobudzenie) komór  
I49.4 Inne i nieokreślone przedwczesne depolaryzacje (pobudzenia)  
I49.5 Zespół chorej zatoki  
I49.8 Inne określone zaburzenia rytmu serca  
I49.9 Zaburzenia rytmu serca, nieokreślone  
J41.1 Przewlekłe zapalenie oskrzeli śuzowo-ropne  
J41.8 Przewlekłe zapalenie oskrzeli mieszane: proste i śuzowo-ropne  
J42 Nieokreślone przewlekłe zapalenie oskrzeli  
J43.0 Zespół MacLeoda  
J43.1 Rozedma całego zrazika (płuca)  
J43.2 Rozedma środkowej części zrazika (płuca)  
J43.8 Inna rozedma płuc  
J43.9 Nieokreślona rozedma płuc  
J44.0 Przewlekła zaporowa choroba płuc z ostrym zakażeniem dolnych dróg oddechowych  
J44.1 Nieokreślona przewlekła zaporowa choroba płuc w okresie zaostrzenia  
J44.8 Inna określona przewlekła zaporowa choroba płuc  
J44.9 Nieokreślona przewlekła zaporowa choroba płuc  
J45.0 Dychawica oskrzelowa w głównej mierze z przyczyn uczuleniowych  
J45.1 Dychawica oskrzelowa nieuczuleniowa  
J45.8 Dychawica oskrzelowa mieszana

J45.9 Nieokreślona dychawica oskrzelowa  
J46 Stan astmatyczny  
J47 Rozstrzenie oskrzeli  
J68.4 Stany chorobowe przewlekłe układu oddechowego wywołane przez czynniki chemiczne, gazy lub pary  
K70.3 Alkoholowa marskość wątroby  
K74.6 Inna i nieokreślona marskość wątroby  
N17.0 Ostra niewydolność nerek z martwicą cewek  
N17.1 Ostra niewydolność nerek z ostrą martwicą kory nerek  
N17.2 Ostra niewydolność nerek z martwicą w części rdzeniowej  
N17.8 Inna ostra niewydolność nerek  
N17.9 Ostra niewydolność nerek, nieokreślona  
N18.0 Schyłkowa niewydolność nerek  
N18.8 Inna przewlekła niewydolność nerek  
N18.9 Przewlekła niewydolność nerek, nieokreślona  
N19 Nieokreślona niewydolność nerek  
N99.0 Pozabiegowa niewydolność nerek  
O24.4 Cukrzyca pojawiająca się w ciąży  
O24.9 Cukrzyca w ciąży BNO  
Q33.4 Wrodzone rozstrzenie oskrzeli

#### **Q19 Średnie zabiegi na układzie limfatycznym\***

*wymagane wskazanie procedury 40.12 Wycięcie węzła wartowniczego oraz rozpoznania zasadniczego z listy F30kon lub F86Ekon lub F96kon*

#### **Z01 Kompleksowa diagnostyka onkologiczna\***

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

##### **Z01kon ICD-9**

45.239 Kolonoskopia - inne  
45.253 Kolonoskopia z biopsją

##### **Z01kon ICD-10**

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

#### **Z1kon**

##### **ICD-9**

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

#### **Z2kon**

##### **ICD-9**

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

**Z100 Świadczenia zabiegowe - grupa 100**

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

**W01 Świadczenie pohospitalizacyjne**

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

**W02 Świadczenie receptowe**

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

**W11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu**

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

**W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu**

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

**W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu**

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

Załącznik nr 2 do zarządzenia nr 47/2026/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 30 kwietnia 2026 r.

## OPIS PRZEDMIOTU UMOWY

### CZĘŚĆ I.

#### KOMPLEKSOWA OPIEKA ONKOLOGICZNA NAD ŚWIADCZENIOBIORCĄ Z NOWOTWOREM PIERSI (KON-Pierś)

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	Nazwa zakresu świadczeń	<b>Kod zakresu: 03.4240.010.02: Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś)</b>
1.2	Zakres i organizacja świadczenia	<p>Opieka onkologiczna i interdyscyplinarna nad świadczeniobiorcą z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu piersi od etapu diagnostycznego, poprzez leczenie, monitorowanie efektów leczenia oraz rehabilitację. Świadczeniodawca realizuje i koordynuje świadczenie Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi, zgodnie z wymaganiami określonymi dla poszczególnych etapów opieki onkologicznej wymienionych w przepisach (wskazanych poniżej) na zasadach określonych w art. 32a 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.) oraz w art. 39 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz.U. z 2024 r. poz. 1208) zwanej dalej "ustawą o Krajowej Sieci Onkologicznej", z wykorzystaniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. W ramach koordynacji świadczenia Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi świadczeniodawca zapewnia przeprowadzenie procesu diagnostycznego, terapeutycznego, rehabilitacji i monitorowania opieki, przy uwzględnieniu wszystkich świadczeń wchodzących w skład opieki kompleksowej. Szczegółowy opis kryteriów, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy realizujący KON-Pierś w odniesieniu do Centrum kompetencji raka piersi znajduje się w załączniku nr 3a lp. 2 do rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, wydanego na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, zwanej dalej "rozporządzeniem szpitalnym".</p> <p>W celu spełnienia wymagań i realizacji świadczenia wysokiej jakości świadczeniodawca zapewnia udokumentowaną koordynację procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz powołuje wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny ustalający plan leczenia onkologicznego.</p>
1.3	Określenie świadczenia	Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi obejmuje świadczenia opieki zdrowotnej określone w lp. 48 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego, lp. 25 załącznika nr 5 do rozporządzenia ambulatoryjnego oraz lp. 4 załącznika nr 5 do rozporządzenia rehabilitacyjnego.
1.4	Częstość występowania	Nowotwór złośliwy piersi jest najczęściej diagnozowanym nowotworem w populacji kobiet na świecie i w Polsce oraz jest główną przyczyną zgonów w populacji kobiet z powodu nowotworu złośliwego.

2.	<b>Warunki kwalifikacji do poszczególnych etapów świadczenia</b>	
2.1	Warunki kwalifikacji do świadczeń w zakresie diagnostyki, leczenia i monitorowania choroby nowotworowej	Zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu szpitalnym w załączniku nr 4 lp. 48 w poz. "Warunki kwalifikacji do świadczenia"
2.2	Warunki kwalifikacji do świadczenia w ramach rehabilitacji	Zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu rehabilitacyjnym w załączniku nr 5 lp. 4 w poz. "Warunki kwalifikacji do świadczenia".
2.3	Specyfikacja procedur medycznych – diagnostyka, leczenie i monitorowanie choroby nowotworowej	<p><b>W zakresie diagnostyki, leczenia i monitorowania choroby nowotworowej:</b></p> <p>1) Badania obrazowe:</p> <p>a) 88.732 USG piersi,</p> <p>b) 88.790 USG węzłów chłonnych,</p> <p>c) 87.35 Mammografia z kontrastem lub 87.371 Mammografia jednej piersi, lub 87.372 Mammografia obu piersi,</p> <p>d) 87.440 RTG klatki piersiowej,</p> <p>e) 88.761 USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej,</p> <p>f) 88.764 USG transwaginalne,</p> <p>g) 88.779 USG innych obszarów układu naczyniowego – doppler,</p> <p>h) 88.906 RM piersi,</p> <p>i) 92.143 Scyntygrafia układu kostnego metodą SPECT albo SPECT CT lub 92.141 Scyntygrafia trójfazowa odcinka układu kostnego z zastosowaniem fosfonianów, lub 92.142 Scyntygrafia jednofazowa odcinka układu kostnego z zastosowaniem fosfonianów, lub 92.144 Scyntygrafia całego układu kostnego (metoda „whole body”) z zastosowaniem fosfonianów, lub 92.149 Scyntygrafia układu kostnego – inne,</p> <p>j) 88.923 RM klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego lub 88.924 RM klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym, lub 87.410 TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego, lub 87.411 TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym, lub 87.412 TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym, lub 88.971 RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego, lub 88.976 RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym, lub 88.010 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego, lub 88.011 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym, lub 88.012 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym,</p> <p>k) 88.901 RM głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym lub 87.031 TK głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym,</p> <p>l) 92.162 Scyntygraficzna ocena położenia węzła wartowniczego,</p> <p>m)poradnictwo i dostęp do badań genetycznych,</p> <p>n) 88.981 Dwufotonowa absorbcjometria (densytometria z kości udowej lub</p>

kręgosłupa);

2) Badania obrazowe radioizotopowe

a) 92.061 Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem 18FDG we wskazaniach onkologicznych,

b) 92.062 Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem innych radiofarmaceutyków we wskazaniach onkologicznych;

3) Procedury zabiegowe:

a) 40.10 Biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych),

b) 40.11 Biopsja układu limfatycznego,

c) 85.113 Przeszkórna gruboigłowa biopsja piersi,

d) 85.114 Przeszkórna gruboigłowa biopsja piersi – celowana,

e) 85.131 Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią pod kontrolą USG,

f) 85.132 Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią stereotaktyczną;

4) Badania laboratoryjne i inne związane z diagnostyką choroby nowotworowej i kwalifikacją do leczenia (przedoperacyjnego i operacyjnego);

5) Badania patomorfologiczne materiału cytologicznego i tkankowego;

6) Konsultacje: 89.00 Porada lekarska, konsultacja, asysta.

**Leczenie zabiegowe (operacyjne):**

1) 40.12 Wycięcie węzła wartowniczego;

2) 40.23 Wycięcie pachowego węzła chłonnego;

3) 40.31 Poszerzone wycięcie regionalnych węzłów chłonnych;

4) 40.32 Wycięcie regionalnych węzłów chłonnych wraz z drenowanym segmentem skóry, tkanki podskórnej i tłuszczowej;

5) 40.51 Doszczętne wycięcie pachowych węzłów chłonnych;

6) 85.22 Resekcja kwadrantu piersi;

7) 85.26 Wycięcie guza piersi – BCT;

8) 85.411 Mastektomia – inna;

9) 85.412 Mastektomia całkowita;

10) 85.421 Obustronne proste odjęcie piersi;

11) 85.422 Obustronne całkowite odjęcie piersi;

12) 85.431 Poszerzona prosta mastektomia – inna;

13) 85.432 Zmodyfikowana radykalna mastektomia;

14) 85.433 Prosta mastektomia z wycięciem regionalnych węzłów chłonnych;

15) 85.451 Usunięcie piersi, mięśnia piersiowego, regionalnych węzłów chłonnych (pachowych, pod i nadobojczykowych);

16) 85.452 Radykalne odjęcie piersi BNO;

17) 85.46 Obustronne radykalne odjęcie piersi;

18) 85.471 Wycięcie piersi, mięśnia piersiowego, regionalnych węzłów chłonnych (pachowych, nadobojczykowych, piersiowych wewnętrznych, śródpiersiowych);

19) 85.472 Poszerzona radykalna amputacja piersi BNO;

20) 85.48 Obustronne poszerzone radykalne odjęcie piersi;

21) 85.71 Całkowita rekonstrukcja piersi;

22) 85.72 Obustronna całkowita rekonstrukcja piersi.

**Zabiegi onkoplastyczne:**

1) 85.33 Jednostronna podskórna mamektomia/ wszczep;

2) 85.531 Jednostronne wszczepienie protezy piersiowej;

3) 85.35 Obustronna podskórna mamektomia/wszczep;

4) 85.55 Wymiana ekspandera na endoprotezę piersiową;

5) 85.842 Rekonstrukcja piersi płatem skórno-mięśniowym uszypułowanym;

6) 85.851 Rekonstrukcja piersi płatem skórno-mięśniowym wolnym z połączeniem mikrochirurgicznym;

7) 85.87 Rekonstrukcja lub zabieg naprawczy brodawki sutkowej – inne;

8) 85.88 Rekonstrukcja piersi płatem skórno-mięśniowym wolnym/uszypułowanym z protezą piersiową;

9) 85.94 Usunięcie wszczepu piersi;

10) 85.95 Wprowadzenie ekspandera do piersi;

		<p>11) 85.97 Wszczepienie ekspanderoprotezy piersiowej;  12) Symetryzacja strony przeciwnej po resekcji piersi.</p> <p><b>Radioterapia:</b></p> <p>1) 92.247 Teleradioterapia 4D bramkowana (4D-IGRT) – fotony;  2) 92.248 Teleradioterapia 4D adaptacyjna bramkowana (4D-AIGRT) – fotony  3) 92.246 Teleradioterapia 3D z modulacją intensywności dawki (3D-IMRT) – fotony;  4) 92.292 Teleradioterapia 3D sterowana obrazem (IGRT) z modulacją intensywności dawki (3D-RotIMRT) – fotony;  5) 92.291 Teleradioterapia 3D sterowana obrazem (IGRT) realizowana w oparciu o implanty wewnętrzne – fotony;  6) 92.242 Teleradioterapia 3D konformalna sterowana obrazem (IGRT) – fotony;  7) 92.31 Śródoperacyjna teleradioterapia konformalna 3D (3D-IORT-ft);  8) 92.32 Śródoperacyjna teleradioterapia konformalna 3D (3D-IORT-x);  9) 92.241 Teleradioterapia radykalna z planowaniem 3D – fotony;  10) 92.251 Teleradioterapia radykalna z planowaniem 3D – elektrony;  11) 92.223 Teleradioterapia paliatywna – promieniowanie X.</p> <p><b>Brachyterapia:</b></p> <p>1) 92.413 Brachyterapia śródtkankowa – planowanie 3D;  2) 92.414 Brachyterapia śródtkankowa – planowanie 3D pod kontrolą obrazowania;  3) 92.452 Brachyterapia powierzchniowa – planowanie 3D;  4) 92.46 Brachyterapia śródoperacyjna;</p> <p><b>Porady w zakresie zachowania płodności.</b>  <b>Porada w zakresie doboru protezy piersi.</b>  <b>Porady psychologiczne lub psychoonkologiczne.</b>  oraz w uzasadnionych klinicznie przypadkach inne procedury ICD-9.</p>
2.4	Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w ramach rehabilitacji	<p>Realizacja obejmuje:</p> <p>1. We wczesnym lub późnym okresie po leczeniu chirurgicznym zabiegi ukierunkowane na:</p> <p>1) poprawę zakresu ruchu, siły mięśni i zręczności przez zastosowanie kinezyterapii miejscowej: ćwiczeń w odciążeniu ICD-9: 93.1205 – 15 minut, czynnych wolnych ICD-9: 93.1202 – 15 minut; samowspomaganych ICD-9: 93.1204 – 15 minut, sprawności manualnej ICD-9: 93.1903 – 15 minut lub zespołowych ICD-9: 93.1907 – 20 minut;</p> <p>2) wykorzystanie specjalistycznych metod kinezyterapeutycznych i terapii manualnej: metody reedukacji nerwowo-mięśniowej ICD-9: 93.3801 – 30 minut, metody neurofizjologicznej- metoda PNF ICD-9: 93.3808 – 30 minut, metody terapii manualnej - Cyriaxa ICD-9: 93.3816 – 30 minut, metody terapii manualnej Kaltenborda-Evjenta ICD-9: 93.3818 – 30 minut, metody terapii manualnej Maitlanda ICD-9: 93.3821 – 30 minut, metody terapii manualnej – inne ICD-9: 93.3827 – 30 minut, ćwiczenia specjalne ICD-9: 93.3831 – 30 minut;</p> <p>3) profilaktykę przeciwozrękową: nauka automasażu lub masaż klasyczny częściowy ICD-9: 93.3912 – 20 minut, ćwiczenia oddechowe czynne ICD-9: 93.1812 – 15 minut, czynne wolne: ICD-9: 93.1202 – 15 minut, ćwiczenia udrażniające lub ćwiczenia izokinetyczne ICD-9: 93.1305 – 15 minut;</p> <p>4) ćwiczenia ogólnokondycyjne, w szczególności bieżnia, cykloergometr, stepper: ćwiczenia jednopłaszczyznowe kilku stawów na przyrządach ICD-9: 93.1401 – 20 minut, usprawnianie czynne ICD-9: 93.12 – 20 minut, ogólnousprawniające indywidualne ICD-9: 93.1909 – 30 minut;</p> <p>5) profilaktykę wad postawy wynikających z leczenia chirurgicznego (odstająca łopatka, zespół sznurów AWS) oraz leczenie zespołu włóknienia po radioterapii i popromiennego uszkodzenia splotu ramiennego: ICD-9 93.3808, 93.3831, 93.1204, 93.3985, 93.3301, 93.1205, 93.1139;</p> <p>6) leczenie neuropatii wynikającej z leczenia cytostatykami ICD-9: 93.1903,</p>

		<p>93.3981.</p> <p>2. Terapia w restrykcjach blizn po mastektomii, BCT i rekonstrukcjach piersi: masaż suchy częściowy ICD-9: 93.3912 oraz mobilizacja blizn ICD-9: 93.3827.</p> <p>3. Redukcja obrzęku limfatycznego: przerywana kompresja pneumatyczna (45-50 min): ICD-9: 93.3916, manualny drenaż limfatyczny (50-60 min) ICD-9: 93.3987, nałożenie bandażu wielowarstwowych lub odzieży kompresyjnej (do 15 min) ICD-9: 93.3918, ICD-9: 93.3999 zabiegi fizjoterapeutyczne - inne, ćwiczenia kończyny górnej w kompresjoterapii (15 min - 30 min) ICD-9: 93.1304, ICD-9: 93.1139, kąpiel wirowa kończyn górnych, ICD-9: 93.3301.</p> <p>4. Ćwiczenia relaksacyjne.</p> <p>5. Psychoterapia - psychoedukacja i relaksacja.</p> <p>6. Świadczenia uzupełniające (jeżeli uzasadnione stanem klinicznym świadczeniobiorcy): stosowanie taśm kinesiotalingu ICD-9: 93.3812.</p> <p>7. Wystawienie wniosku na wyroby medyczne celem refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia i dokonanie pomiaru kończyny oraz zamówienie wyrobu medycznego.</p>
2.5	Oczekiwane wyniki postępowania	<p>Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczenioborcą z nowotworem piersi ma zapewnić możliwie najpełniejszą opiekę przy uwzględnieniu kompleksowości oraz koordynacji całego procesu diagnostyczno-leczniczego i rehabilitacji, w celu poprawy jakości leczenia, zwiększenia przeżywalności w populacji świadczenioborców z nowotworem piersi, podniesienia komfortu życia oraz zagwarantowania możliwie szybkiego powrotu do aktywności zawodowej.</p>
3.	<b>Warunki wykonania i finansowania świadczenia</b>	
3.1	Warunki wykonania świadczenia	<p>Zgodnie z warunkami określonymi w lp. 48 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego, w lp. 25 załącznika nr 5 do rozporządzenia ambulatoryjnego oraz w załączniku nr 5 lp. 4 do rozporządzenia rehabilitacyjnego.</p> <p>W celu zapewnienia dostępu do realizacji świadczenia „Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem piersi” bliżej miejsca zamieszkania lub pobytu pacjenta Centrum kompetencji raka piersi współpracuje z innymi podmiotami leczniczymi realizującymi świadczenia w zakresie diagnostyki, monitorowania, radioterapii, chemioterapii i rehabilitacji leczniczej.</p>
3.2	Organizacja udzielania świadczeń w ramach diagnostyki nowotworu piersi	<p>Organizacja procesu diagnostycznego i spełnienie warunków jakościowych, zgodnie z przepisami określonymi w części 2 załącznika nr 3a do rozporządzenia szpitalnego i w lp. 48 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego oraz w załączniku nr 5 w lp. 25 do rozporządzenia ambulatoryjnego.</p> <p>Centrum kompetencji raka piersi, zapewnia realizację diagnostyki onkologicznej w terminie nie dłuższym niż 7 tygodni od dnia wpisania się świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia.</p>

3.3	Organizacja udzielania świadczenia w ramach leczenia	<p>Organizacja udzielania świadczeń zgodnie z przepisami określonymi w części 2 załącznika nr 3a do rozporządzenia szpitalnego i w lp. 48 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego.</p> <p>Świadczenia obejmują realizację wybranych czynności w zależności od wskazań lub preferencji świadczeniobiorcy:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) leczenie chirurgiczne;</li> <li>2) obligatoryjne konsylium lekarskie;</li> <li>3) radioterapię/brachyterapię;</li> <li>4) leczenie farmakologiczne: chemioterapia, hormonoterapia, programy lekowe;</li> <li>5) porada w zakresie zachowania płodności (realizacja po postawieniu diagnozy i przed rozpoczęciem leczenia systemowego);</li> <li>6) porada psychologiczna lub psychoonkologiczna;</li> <li>7) porada w zakresie doboru protezy piersi w pracowni wykonującej wyroby medyczne niezbędne w procesie leczenia lub rehabilitacji świadczeniobiorcy z rozpoznaniem nowotworu złośliwego piersi.</li> </ol> <p>Centrum jest zobowiązane do podjęcia leczenia w terminie określonym w § 4a ust.1 a pkt 3 rozporządzenia szpitalnego.</p> <p>Badania patomorfologiczne z zastosowaniem metod immunohistochemicznych oraz oznaczeniem czynników predykcyjnych (jeżeli zachodzi konieczność ich oznaczenia) wykonuje się w terminie 14 dni od daty dostarczenia materiału (z wyjątkiem badań molekularnych, których wykonanie może trwać do 4 tygodni).</p>
3.4	Organizacja udzielania świadczenia w ramach rehabilitacji	<p>Organizacja udzielania świadczeń oraz warunki czasowe realizacji świadczenia zgodnie z przepisami określonymi w załączniku nr 5 lp. 4 do rozporządzenia rehabilitacyjnego.</p>
3.5	Organizacja udzielania świadczeń w ramach monitorowania	<p>Organizacja monitorowania zgodnie z przepisami określonymi w części 2 załącznika nr 3a do rozporządzenia szpitalnego i w lp. 48 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego oraz w załączniku nr 5 w lp. 25 do rozporządzenia ambulatoryjnego.</p> <p>Monitorowanie po zakończonym leczeniu – z uwzględnieniem obowiązujących schematów prowadzenia procesu „follow-up”, zgodnie z aktualnymi wytycznymi praktyki klinicznej, w ośrodku prowadzącym dotychczasowe leczenie, a następnie przekazanie pacjenta pod opiekę podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wizyty kontrolne: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) &lt; 2 lat: co 3–6 miesięcy,</li> <li>b) 2–5 lat: co 6 miesięcy,</li> <li>c) &gt; 5 lat: co 12 miesięcy;</li> </ol> </li> <li>2) densytometria: co 12–24 miesiące u świadczeniobiorców otrzymujących leczenie obniżające stężenie estrogenów;</li> <li>3) mammografia: co 12 miesięcy, z wyjątkiem świadczeniobiorców po leczeniu oszczędzającym, gdzie pierwsze badanie należy wykonać po upływie 6 miesięcy, kolejne co 12 miesięcy.</li> </ol>
3.6	Zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	<p>Chirurgia ogólna, chirurgia onkologiczna, ginekologia onkologiczna, onkologia kliniczna, radioterapia onkologiczna, radiologia i diagnostyka obrazowa, chirurgia plastyczna, rehabilitacja medyczna, medycyna nuklearna, medycyna paliatywna oraz pozostałe specjalności zgodnie ze wskazaniami.</p>

3.7	Finansowanie świadczeń w ramach leczenia	<p>Świadczenia rozliczane są zgodnie z katalogiem onkologicznych świadczeń kompleksowych, stanowiącym załącznik nr 1on do zarządzenia.</p> <p>Finansowanie poszczególnych etapów kompleksowej opieki onkologicznej, realizowanych zgodnie z potrzebami klinicznymi pacjentów, obejmuje:</p> <p>1) leczenie chirurgiczne, konsylium lekarskie, radioterapię, porady w zakresie zachowania płodności, porady psychologiczne lub psychoonkologiczne, poradę w zakresie doboru protezy oraz inne świadczenia związane z leczeniem nowotworu piersi – rozliczane poprzez produkty z katalogu onkologicznych świadczeń kompleksowych, stanowiącego załącznik 1on do zarządzenia;</p> <p>2) świadczenia rozliczane produktami jednostkowymi określonymi w katalogu produktów do sumowania, stanowiącym załącznik nr 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne lub w katalogu produktów do rozliczenia świadczeń udzielanych w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, stanowiącym załącznik 1ts do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, o ile miały one zastosowanie.</p> <p>Leczenie należy podjąć w terminie określonym w § 4a ust. 1a pkt 3 rozporządzenia szpitalnego.</p>
3.8	Finansowanie świadczeń w ramach rehabilitacji	<p>Produkty jednostkowe do rozliczania świadczeń w ramach rehabilitacji określone są w katalogu onkologicznych świadczeń kompleksowych stanowiącym załącznik nr 1on do zarządzenia.</p> <p>1) rehabilitacja ogólnoustrojowa w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach stacjonarnych – rozliczana w ramach grupy ROKO z katalogu onkologicznych świadczeń kompleksowych;</p> <p>2) rehabilitacja ogólnoustrojowa w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w oddziale dziennym – rozliczana osobodniami w ramach produktów z katalogu onkologicznych świadczeń kompleksowych;</p> <p>3) rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych rozliczana zgodnie z katalogiem onkologicznych świadczeń kompleksowych oraz warunkami określonymi w zarządzeniu w rodzaju rehabilitacja lecznicza.</p>
3.9	Finansowanie świadczeń w ramach diagnostyki nowotworu piersi	<p>Świadczenia rozliczane są zgodnie z katalogiem onkologicznych świadczeń kompleksowych, stanowiącym załącznik nr 1on do zarządzenia.</p> <p>Określenia diagnostyki wstępnej i pogłębionej zgodne są z przepisami rozporządzenia ambulatoryjnego oraz zarządzenia w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.</p> <p>W przypadku niedotrzymania terminu realizacji diagnostyki onkologicznej, poziom finansowania odpowiedniego pakietu diagnostyki onkologicznej ulega skorygowaniu do poziomu 70% wartości określonej w załączniku nr 1on do zarządzenia.</p> <p>W okresie pozostawania świadczeniobiorcy w trakcie realizacji diagnostyki nowotworu piersi, NFZ nie finansuje u danego świadczeniodawcy innych świadczeń AOS zrealizowanych z powodu diagnostyki nowotworów piersi.</p>
3.10	Finansowanie świadczeń w ramach monitorowania	<p>Świadczenia rozliczane są zgodnie z katalogiem onkologicznych świadczeń kompleksowych, stanowiącym załącznik nr 1on do zarządzenia.</p>
<b>4.</b>	<b>Dane do sprawozdawczości</b>	
	Zgodnie z systemem informatycznym udostępnionym przez Fundusz.	

<b>5.</b>	<b>Istniejące wytyczne postępowania medycznego</b>	
		Zgodnie z aktualną wiedzą medyczną dotyczącą postępowania z chorymi na raka piersi.
<b>6.</b>	<b>Parametry jakościowe do oceny udzielania świadczeń</b>	
		Świadczeniodawca przekazuje do systemu KSO, w terminach wynikających z ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, dane o których mowa w art. 26 ust. 3 ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej w celu monitorowania jakości realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej w ramach opieki onkologicznej, w tym obliczania wskaźników jakości opieki onkologicznej.

## CZĘŚĆ II.

### KOMPLEKSOWA OPIEKA ONKOLOGICZNA NAD PACJENTEM Z NOWOTWOREM JELITA GRUBEGO (KON-JG)

<b>1.</b>	<b>Charakterystyka świadczenia</b>	
1.1	Nazwa zakresu świadczeń	<b>Kod zakresu: 03.4240.011.02: Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG)</b>
1.2	Zakres i organizacja świadczenia	Opieka onkologiczna i interdyscyplinarna nad świadczeniobiorcą z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu jelita grubego od etapu diagnostycznego, poprzez leczenie i monitorowanie efektów leczenia. Świadczeniodawca realizuje i koordynuje świadczenie Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego, zgodnie z wymaganiami określonymi dla poszczególnych etapów opieki onkologicznej wymienionych w przepisach (wskazanych poniżej) na zasadach określonych w art. 32a ustawy o świadczeniach oraz w art. 39 ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej z wykorzystaniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. W ramach koordynacji świadczenia Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego świadczeniodawca zapewnia przeprowadzenie procesu diagnostycznego, terapeutycznego i monitorowania opieki, przy uwzględnieniu wszystkich świadczeń wchodzących w skład opieki kompleksowej. Szczegółowy opis kryteriów, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy realizujący KON-JG w odniesieniu do Centrum kompetencji raka jelita grubego znajduje się w załączniku nr 3a w lp. 3 do rozporządzenia szpitalnego. W celu spełnienia wymagań i realizacji świadczenia wysokiej jakości, świadczeniodawca zapewnia udokumentowaną koordynację procesu diagnostyczno- terapeutycznego oraz powołuje wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny ustalający plan leczenia onkologicznego.
1.3	Określenie świadczenia	Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego obejmuje świadczenia opieki zdrowotnej określone w lp. 57 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego oraz w załączniku nr 5 w lp. 27 do rozporządzenia ambulatoryjnego.
1.4	Częstość występowania	Nowotwór złośliwy jelita grubego jest jednym z najczęściej diagnozowanych nowotworów na świecie i w Polsce oraz jest jedną z głównych przyczyn zgonów z powodu nowotworu złośliwego.
<b>2.</b>	<b>Kryteria kwalifikacji do poszczególnych etapów świadczenia</b>	

2.1	Kryteria kwalifikacji do świadczenia w ramach diagnostyki nowotworu jelita grubego	Zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu szpitalnym, w części 3 załącznika nr 3a i w załączniku nr 4 w lp. 57 w poz. "warunki kwalifikacji do świadczenia" oraz w załączniku nr 5 w lp. 27 do rozporządzenia ambulatoryjnego.
2.2	Kryteria kwalifikacji do świadczenia w ramach leczenia	Zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu szpitalnym, w części 3 załącznika nr 3a oraz w załączniku nr 4 w lp. 57 w poz. "warunki kwalifikacji do świadczenia".
2.3	Kryteria kwalifikacji do świadczenia w ramach monitorowania	Zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu szpitalnym, w części 3 załącznika nr 3a i w załączniku nr 4 w lp. 57 w poz. "warunki kwalifikacji do świadczenia" oraz w załączniku nr 5 w lp. 27 do rozporządzenia ambulatoryjnego.
2.4	Specyfikacja procedur medycznych wykonywanych w ramach diagnostyki i monitorowania nowotworu jelita grubego	<p>Realizacja wybranych czynności w zależności od stanu klinicznego oraz preferencji świadczeniobiorcy:</p> <p>1) <b>badania obrazowe:</b></p> <p>a) 87.410 TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego,  b) 87.411 TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym,  c) 87.412 TK klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym,  d) 87.413 TK klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym oraz bez lub z doustnym zakontrastowaniem przełyku,  e) 87.440 RTG klatki piersiowej,  f) 87.441 RTG płuc – inne,  g) 88.191 RTG jamy brzusznej przeglądowe,  h) 88.199 RTG jamy brzusznej – inne,  i) 88.010 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego,  j) 88.011 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym,  k) 88.012 TK jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym,  l) 88.305 TK – wirtualna kolonoskopia,  m) 88.389 Inna TK ze wzmocnieniem kontrastowym,  n) 88.741 USG transrektalne,  o) 88.749 USG przewodu pokarmowego – inne,  p) 88.761 USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej,  q) 88.971 RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego,  r) 88.976 RM jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym,  s) 88.979 Badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym – RM;</p> <p>2) <b>badania obrazowe radioizotopowe:</b></p> <p>a) 92.061 Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem 18 FDG we wskazaniach onkologicznych,  b) 92.062 Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem innych radiofarmaceutyków we wskazaniach onkologicznych;</p> <p>3) <b>procedury endoskopowe i zabiegowe:</b></p> <p>a) 00.94 Zabieg wykonany techniką endoskopową/laparoskopową,  b) 40.10 Biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych),  c) 45.22 Endoskopia jelita grubego przez przetokę,</p>

		<p>d) 45.231 Fiberokolonoskopia,  e) 45.239 Kolonoskopia – inne,  f) 45.24 Fiberosigmoidoskopia,  g) 45.42 Endoskopowe wycięcie polipa jelita grubego;  h) 45.251 Zamknięta biopsja jelita grubego z bliżej nieokreślonego miejsca,  i) 45.252 Pobranie materiału przez wyszczotczkowanie lub wypłukanie jelita grubego,  j) 45.253 Kolonoskopia z biopsją,  k) 45.439 Endoskopowe zniszczenie innych zmian lub tkanek jelita grubego – inne,  l) 48.22 Wziernikowanie odbytnicy i esicy przez sztuczną przetokę,  m) 48.23 Proktosigmoidoskopia sztywnym wziernikiem,  n) 48.36 Endoskopowe usunięcie polipa odbytnicy,  o) 49.21 Anoskopia,  p) 49.22 Biopsja okołodbytowa,  q) 49.23 Biopsja odbytu,  r) 49.29 Zabiegi diagnostyczne odbytu lub tkanek okołodbytniczych – inne,  s) 54.29 Zabiegi diagnostyczne okolicy jamy brzusznej – inne,  t) 54.957 Nakłucie otrzewnej – pobranie materiału do analiz;</p> <p><b>4) diagnostyka patomorfologiczna oraz ocena biomarkerów predykcyjnych:</b>  a) ocena histologiczna i cytologiczna (rozmaz + cytobloczek),  b) badania immunohistochemiczne niestabilności mikrosatelitarnej:  – ekspresja białek genów naprawy błędów replikacji DNA: MLH1, MSH2, MLH6, PMS2 (genów mutatorowych, Mismatch Repair Proteins),  – obecna reakcja jądrowa,  – utrata reakcji jądrowej,  c) czynniki predykcyjne:  – ocena biomarkerów predykcyjnych – onkogenów BRAF, RAS i genów naprawy DNA (MMR) oraz innych biomarkerów predykcyjnych zgodnie z postanowieniami aktualnego programu lekowego określonego obwieszczeniem Ministra Zdrowia wydawanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych;</p> <p><b>5) badania laboratoryjne/biochemiczne:</b>  a) badania laboratoryjne i inne związane z diagnostyką choroby nowotworowej i kwalifikacją do leczenia;</p> <p><b>6) badania serca:</b>  a) 89.52 Elektrokardiogram;</p> <p><b>7) konsultacje:</b>  a) 89.00 Porada lekarska, konsultacja, asysta  oraz w uzasadnionych klinicznie przypadkach inne procedury ICD-9.</p>
2.5	Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w ramach leczenia	<p>Realizacja wybranych czynności w zależności od stanu klinicznego oraz preferencji świadczeniobiorcy</p> <p><b>1. W zakresie leczenia zabiegowego:</b>  1) 00.94 Zabieg wykonany techniką endoskopową/laparoskopową;  2) 40.12 Wycięcie węzła wartowniczego;  3) 45.42 Endoskopowe wycięcie polipa jelita grubego;  4) 45.431 Endoskopowa ablacja guza jelita grubego;  5) 45.439 Endoskopowe zniszczenie innych zmian lub tkanek jelita grubego – inne;  6) 45.49 Zniszczenie zmiany jelita grubego – inne;  7) 45.52 Wyizolowanie segmentu jelita grubego;  8) 45.711 Mnogie resekcje segmentalne urazowo zmienionego jelita grubego;  9) 45.719 Mnogie resekcje segmentalne jelita grubego – inne;  10) 45.721 Wycięcie kątnicy i końcowego odcinka jelita krętego;  11) 45.729 Wycięcie kątnicy – inne;  12) 45.731 Ileokolektomia;  13) 45.732 Prawostronna radykalna kolektomia;</p>

- 14) 45.733 Hemikolektomia prawostronna;
  - 15) 45.74 Resekcja poprzecznicy;
  - 16) 45.75 Hemikolektomia lewostronna;
  - 17) 45.76 Sigmoidektomia;
  - 18) 45.799 Częściowe wycięcie jelita grubego – inne;
  - 19) 45.8 Totalna śródbrzuszna kolektomia;
  - 20) 45.93 Zespolenie jelito cienkie-jelito grube – inne;
  - 21) 45.94 Zespolenie jelito grube-jelito grube;
  - 22) 45.951 Zespolenie do odbytu;
  - 23) 45.952 Wytworzenie zbiornika jelitowego (J, H, S) z zespoleniem jelita cienkiego z odbytem;
  - 24) 46.011 Ileostomia pętlowa,
  - 25) 46.032 Kolostomia pętlowa;
  - 26) 46.11 Czasowa kolostomia;
  - 27) 46.13 Stała kolostomia;
  - 28) 46.14 Odłożone otwarcie kolostomii;
  - 29) 46.19 Kolostomia – inna;
  - 30) 46.43 Rewizja przetoki jelita grubego – inna;
  - 31) 48.1 Wytworzenie przetoki odbytniczej;
  - 32) 48.31 Radykalna elektrokoagulacja zmiany odbytnicy;
  - 33) 48.32 Elektrokoagulacja zmiany odbytnicy – inne;
  - 34) 48.33 Zniszczenie zmiany odbytnicy laserem;
  - 35) 48.34 Kriochirurgiczne zniszczenie zmiany odbytnicy;
  - 36) 48.35 Miejscowe wycięcie zmiany odbytnicy;
  - 37) 48.36 Endoskopowe usunięcie polipa odbytnicy;
  - 38) 48.491 Brzusznokroczowa resekcja odbytnicy pull-through;
  - 39) 48.5 Brzusznokroczowa amputacja odbytnicy;
  - 40) 48.61 Przekrzyżowe wycięcie odbytnicy/ esicy;
  - 41) 48.62 Przednia resekcja odbytnicy z wytworzeniem kolostomii;
  - 42) 48.63 Przednia resekcja odbytnicy – inna;
  - 43) 48.64 Tylna resekcja odbytnicy;
  - 44) 48.691 Częściowe wycięcie odbytnicy;
  - 45) 48.692 Resekcja odbytnicy BNO;
  - 46) 49.03 Wycięcie polipowatej wyrosłości odbytu;
  - 47) 49.31 Endoskopowe wycięcie/ zniszczenie zmiany/ tkanki odbytu;
  - 48) 49.39 Miejscowe wycięcie/ zniszczenie zmiany/ tkanki odbytu – inne;
  - 49) 49.6 Wycięcie odbytu;
  - 50) 54.11 Laparotomia zwiadowcza;
  - 51) 54.19 Laparotomia – inna;
  - 52) 54.21 Laparoscopia;
  - 53) 54.956 Nakłucie otrzewnej – punkcja obarczająca;
  - 54) 54.971 Chemioterapia dootrzewnowa w hipertermii (HIPEC);
  - 55) 45.433 Endoskopowa dyssekcja podśluzówkowa – po spełnieniu warunków, o których mowa w lp. 74 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego;
  - 56) 45.434 Przewodbytnicza mikrochirurgia endoskopowa – po spełnieniu warunków, o których mowa w lp. 75 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego.
- 2. W zakresie teleradioterapii:**
- 1) 92.223 Teleradioterapia paliatywna – promieniowanie X;
  - 2) 92.233 Teleradioterapia paliatywna z zastosowaniem <sup>60</sup>Co – promieniowanie gamma;
  - 3) 92.241 Teleradioterapia radykalna z planowaniem 3D – fotony;
  - 4) 92.242 Teleradioterapia 3D konformalna sterowana obrazem (IGRT) – fotony;
  - 5) 92.246 Teleradioterapia 3D z modulacją intensywności dawki (3D-IMRT) – fotony;
  - 6) 92.247 Teleradioterapia 4D bramkowana (4D-IGRT) – fotony;

		<p>7) 92.248 Teleradioterapia 4D adaptacyjna bramkowana (4D-AIGRT) – fotony;  8) 92.249 Teleradioterapia szpiku lub układu chłonnego całego ciała (TMI) – fotony;  9) 92.251 Teleradioterapia radykalna z planowaniem 3D – elektrony;  10) 92.252 Teleradioterapia 3D konformalna z monitoringiem tomograficznym (3D-CRT) – elektrony;  11) 92.256 Teleradioterapia 4D bramkowana (4D-IGRT) – elektrony;  12) 92.257 Teleradioterapia 4D adaptacyjna bramkowana (4D-AIGRT) – elektrony;  13) 92.261 Teleradioterapia 3D stereotaktyczna z modulacją intensywności dawki (3D-SIMRT) – fotony;  14) 92.263 Teleradioterapia 3D stereotaktyczna konformalna (3D-SCRT) – fotony;  15) 92.291 Teleradioterapia 3D sterowana obrazem (IGRT) realizowana w oparciu o implanty wewnętrzne – fotony;  16) 92.292 Teleradioterapia 3D sterowana obrazem (IGRT) z modulacją intensywności dawki (3D-RotIMRT) – fotony.</p> <p><b>3. W zakresie brachyterapii:</b></p> <p>1) 92.410 Wlew koloidalnego radioizotopu do jam ciała;  2) 92.411 Trwałe wszczepienie źródeł radioizotopowych;  3) 92.412 Brachyterapia śródtkankowa – planowanie standardowe;  4) 92.413 Brachyterapia śródtkankowa – planowanie 3D;  5) 92.414 Brachyterapia śródtkankowa – planowanie 3D pod kontrolą obrazowania;  6) 92.421 Brachyterapia wewnątrzprzewodowa – planowanie standardowe;  7) 92.422 Brachyterapia wewnątrzprzewodowa – planowanie 3D;  8) 92.423 Brachyterapia wewnątrzprzewodowa – planowanie 3D pod kontrolą obrazowania;  9) 92.431 Brachyterapia wewnątrzjamowa – planowanie standardowe;  10) 92.432 Brachyterapia wewnątrzjamowa – planowanie 3D;  11) 92.433 Brachyterapia wewnątrzjamowa – planowanie 3D pod kontrolą obrazowania;  12) 92.451 Brachyterapia powierzchniowa – planowanie standardowe;  13) 92.452 Brachyterapia powierzchniowa – planowanie 3D;  14) 92.46 Brachyterapia śródoperacyjna.</p> <p><b>4. Leczenie żywieniowe dojelitowe i pozajelitowe, realizowane poprzez procedury ICD-9:</b></p> <p>1) 99.152 Częściowe żywienie pozajelitowe;  2) 99.153 Całkowite żywienie pozajelitowe;  3) 99.87 Żywienie dojelitowe.</p> <p>oraz w uzasadnionych klinicznie przypadkach inne procedury ICD-9.</p>
2.6	Oczekiwane wyniki postępowania	Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego ma zapewnić możliwie najpełniejszą opiekę przy uwzględnieniu kompleksowości oraz koordynacji całego procesu diagnostyczno-leczniczego, w celu poprawy jakości leczenia, zwiększenia przeżywalności w populacji świadczeniobiorców z nowotworem jelita grubego, podniesienia komfortu życia oraz zagwarantowania możliwie szybkiego powrotu do aktywności zawodowej.
<b>3.</b>	<b>Warunki wykonania i finansowania świadczenia</b>	
3.1	Warunki wykonania świadczenia	Zgodnie z warunkami określonymi w części 3 załącznika nr 3a i lp. 57 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego oraz w załączniku nr 5 w lp. 27 do rozporządzenia ambulatoryjnego

3.2	Organizacja udzielania świadczeń w ramach diagnostyki nowotworu jelita grubego	Organizacja procesu diagnostycznego i spełnienie warunków jakościowych, zgodnie z przepisami określonymi w części 3 załącznika nr 3a do rozporządzenia szpitalnego i w lp. 57 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego oraz w załączniku nr 5 w lp. 27 do rozporządzenia ambulatoryjnego. W celu zapewnienia dostępu do realizacji świadczenia bliżej miejsca zamieszkania lub pobytu pacjenta, Centrum Kompetencji Raka Jelita Grubego współpracuje z innymi świadczeniodawcami realizującymi świadczenia z zakresu diagnostyki.
3.3	Organizacja udzielania świadczenia w ramach leczenia	Obejmuje realizację wybranych czynności w zależności od stanu klinicznego oraz preferencji świadczeniobiorcy: 1) leczenie chirurgiczne; 2) leczenie radioterapią/brachyterapią; 3) leczenie farmakologiczne: chemioterapia, immunoterapią oraz terapia lekami ukierunkowanymi molekularnie w ramach programów lekowych; 4) leczenie skojarzone w uzasadnionych klinicznie przypadkach, możliwość zastosowania u pacjenta jednoczesowej chemioterapii i radioterapii (RCHT); 5) leczenie żywieniowe dojelitowe i pozajelitowe; 6) porada psychologa lub psychoonkologa; 7) porada stomijna; 8) porada żywieniowa. Centrum obowiązane jest do podjęcia leczenia w terminie określonym w § 4a ust. 1a pkt. 3 rozporządzenia szpitalnego.
3.4	Organizacja udzielania świadczeń w ramach monitorowania nowotworu jelita grubego	Organizacja procesu monitorowania i spełnienie warunków jakościowych, zgodnie z przepisami określonymi w części 3 załącznika nr 3a do rozporządzenia szpitalnego i w lp. 57 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego oraz w załączniku nr 5 w lp. 27 do rozporządzenia ambulatoryjnego. W celu zapewnienia dostępu do realizacji świadczenia bliżej miejsca zamieszkania lub pobytu pacjenta, Centrum Kompetencji Raka Jelita Grubego współpracuje z innymi świadczeniodawcami realizującymi świadczenia z zakresu monitorowania leczenia.
3.5	Zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	Chirurgia ogólna, chirurgia onkologiczna, gastroenterologia, onkologia kliniczna, radioterapia onkologiczna, radiologia i diagnostyka obrazowa, medycyna nuklearna, medycyna paliatywna oraz pozostałe specjalności zgodnie ze wskazaniami.
3.6	Finansowanie świadczeń w ramach diagnostyki nowotworu jelita grubego	Świadczenia rozliczane są zgodnie z katalogiem onkologicznych świadczeń kompleksowych, stanowiącym załącznik nr 1on do zarządzenia. Określenia diagnostyki wstępnej i pogłębionej są zgodne z przepisami rozporządzenia ambulatoryjnego oraz zarządzenia w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. W okresie pozostawania świadczeniobiorcy w trakcie realizacji diagnostyki nowotworu jelita grubego, NFZ nie finansuje u danego świadczeniodawcy innych świadczeń AOS zrealizowanych z powodu diagnostyki nowotworów jelita grubego. Centrum zapewnia realizację diagnostyki onkologicznej w terminie nie dłuższym niż 7 tygodni od dnia wpisania się świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia.
3.7	Finansowanie świadczeń w ramach monitorowania nowotworu jelita grubego	Świadczenia rozliczane są zgodnie z katalogiem onkologicznych świadczeń kompleksowych, stanowiącym załącznik nr 1on do zarządzenia. Monitorowanie po zakończonym leczeniu - przez okres do 5 lat z uwzględnieniem obowiązujących schematów prowadzenia procesu "follow-up", zgodnie z aktualnymi wytycznymi praktyki klinicznej

3.8	Finansowanie świadczeń w ramach leczenia nowotworu jelita grubego	<p>Świadczenia rozliczane są zgodnie z katalogiem onkologicznych świadczeń kompleksowych, stanowiącym załącznik nr 1on do zarządzenia.</p> <p>Finansowanie poszczególnych etapów leczenia, realizowanych zgodnie ze wskazaniami medycznymi oraz preferencjami pacjenta obejmuje:</p> <p>1) konsylium lekarskie, leczenie chirurgiczne, radioterapię, konsultację psychologiczną lub psychoonkologiczną, inne świadczenia związane z leczeniem nowotworu jelita grubego – rozliczane poprzez produkty z katalogu onkologicznych świadczeń kompleksowych, stanowiącego załącznik 1on do zarządzenia;</p> <p>2) świadczenia rozliczane produktami jednostkowymi określonymi w katalogu produktów do sumowania, stanowiącym załącznik nr 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne lub w katalogu produktów do rozliczenia świadczeń udzielanych w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, stanowiącym załącznik 1ts do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, o ile miały one zastosowanie.</p> <p>Leczenie należy podjąć w terminie określonym w § 4a ust. 1a pkt 3 rozporządzenia szpitalnego.</p>
<b>4.</b>	<b>Dane do sprawozdawczości</b>	
		Zgodnie z systemem informatycznym udostępnionym przez Fundusz.
<b>5.</b>	<b>Istniejące wytyczne postępowania medycznego</b>	
		Zgodnie z aktualną wiedzą medyczną dotyczącą postępowania z chorymi z nowotworem jelita grubego.
<b>6.</b>	<b>Parametry jakościowe do oceny udzielania świadczeń</b>	
		Świadczeniodawca przekazuje do systemu KSO, w terminach wynikających z ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, dane o których mowa w art. 26 ust. 3 ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej w celu monitorowania jakości realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej w ramach opieki onkologicznej, w tym obliczania wskaźników jakości opieki onkologicznej.

## 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.), zwanej dalej "ustawą o świadczeniach".

Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie nr 3/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych (z późn. zm.) wprowadza zmiany wynikające z publikacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2026 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 443), zwanego dalej "rozporządzeniem", które dodaje dwa nowe świadczenia pn. Endoskopowa dyssekcja podśluzówkowa i Przewodbytnicza mikrochirurgia endoskopowa.

Wprowadzane zmiany dotyczą:

1) w zakresie załącznika nr 1on do zarządzenia - wprowadzenia dwóch nowych produktów rozliczeniowych:

-5.52.01.0001595 Endoskopowa dyssekcja podśluzówkowa (ESD) - dla świadczeniodawców spełniających warunki realizacji dla świadczenia gwarantowanego, o których mowa w lp. 74 załącznika nr 4 do rozporządzenia,

-5.52.01.0001596 Przewodbytnicza mikrochirurgia endoskopowa (TEM) - dla świadczeniodawców spełniających warunki realizacji dla świadczenia gwarantowanego, o których mowa w lp. 75 załącznika nr 4 do rozporządzenia;

2) w zakresie załącznika nr 3 do zarządzenia - wprowadzenia odpowiednich zmian w zakresie nowych świadczeń gwarantowanych - dodano procedury zabiegowe ICD-9 45.433 Endoskopowa dyssekcja podśluzówkowa oraz 45.434 Przewodbytnicza mikrochirurgia endoskopowa.

Skutek finansowy po stronie płatnika publicznego wynikający z wprowadzenia nowych świadczeń gwarantowanych wynosi łącznie dla świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne około 18,6 mln złotych w skali roku.

Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 i 3a załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 400, z późn. zm.) został poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 7 dni. Okres ten został skrócony z uwagi na słuszny interes stron. W ramach konsultacji projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Krajowa Izba Fizjoterapeutów, Naczelna Izba Aptekarska, Krajowa Rada Ratowników Medycznych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach.

W wyniku konsultacji odpowiedź przesłał jeden podmiot, który nie zgłosił uwag.

Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 maja 2026 r.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.