

**ZARZĄDZENIE NR 81/2026/DSOZ
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 24 lipca 2026 r.

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

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz. 26, 203 i 791) zarządza się, co następuje:

§ 1. W zarządzeniu Nr 167/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (z późn. zm.¹⁾), załącznik nr 1b otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszego zarządzenia.

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

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

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

§ 4. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od 1 lipca 2026 r.

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

**PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Filip Nowak
Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
/dokument podpisany elektronicznie/

¹⁾ W brzmieniu wynikającym z obwieszczenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie. Zmienione zarządzeniem Nr 116/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 września 2022 r., zarządzeniem Nr 143/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 listopada 2022 r., zarządzeniem Nr 30/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 lutego 2023 r., zarządzeniem Nr 48/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 lutego 2023 r., zarządzeniem Nr 68/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 kwietnia 2023 r., zarządzeniem Nr 10/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 lutego 2025 r., zarządzeniem Nr 68/2025/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 lipca 2025 r., zarządzeniem Nr 4/2026/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 stycznia 2026 r., zarządzeniem Nr 23/2026/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 lutego 2026 r. oraz zarządzeniem Nr 60/2026/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 czerwca 2026 r.

Załącznik do zarządzenia nr 81/2026/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 24 lipca 2026 r.

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

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

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

			1	specjalistyczne 4-go typu				z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000014 określoną zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia, - możliwość sumowania świadczenia ze świadczeniem 5.10.00.0000170 lub 5.10.00.0000171
8			5.10.00.000019 2	MR piersi	punkt	1002	x	do wykazania z innymi produktami albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady
9			5.10.00.000019 3	Świadczenia zabiegowe - grupa 88	punkt	827	x	rozliczanie zgodnie z zasadami dla świadczenia oznaczonego kodem 5.31.00.0000088 określonymi w obowiązującym zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
10			5.10.00.000019 4	Świadczenia zabiegowe - grupa 134	punkt	464	x	rozliczanie zgodnie z zasadami dla świadczenia oznaczonego kodem 5.31.00.0000134 określonymi w zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
11			5.10.00.000019 5	Świadczenia zabiegowe - grupa 110	punkt	412	x	rozliczanie zgodnie z zasadami dla świadczenia oznaczonego kodem 5.31.00.0000110 określonymi w zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia

12			5.10.00.000026 0	Świadczenia zabiegowe - grupa 131	punkt	2 587	x	- rozliczanie zgodnie z zasadami dla świadczenia oznaczonego kodem 5.31.00.0000131 określonymi w zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna - do wykazania z innymi produktami, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady
13			5.10.00.000026 1	Świadczenia zabiegowe - grupa 132	punkt	2 855	x	- rozliczanie zgodnie z zasadami dla świadczenia oznaczonego kodem 5.31.00.0000132 określonymi w zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna - do wykazania z innymi produktami, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady
14			5.10.00.000017 2	Badanie mutacji w genie BRCA1	punkt	260	x	- do wykazania z innymi produktami, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady
15			5.10.00.000017 3	Badanie mutacji w genach CHEK2 i PALB2	punkt	350	x	rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
16			5.10.00.000017 4	Badanie mutacji w genach BRCA1, BRCA2, PALB2, CHEK2 metodą NGS	punkt	1192	x	rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
17			5.10.00.000017 5	Badanie rodzinnej mutacji	punkt	300	x	rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
18			5.10.00.000017 6	Badania immunohistochemiczn e w przypadku diagnozy raka piersi w biopsji gruczołowej	punkt	410	x	rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
19			5.10.00.000022 2	Znieczulenie całkowite dożylnie – do rezonansu magnetycznego - SOK	punkt	367	x	- do sumowania ze świadczeniami rezonansu magnetycznego (RM), - kryteria kwalifikacji do świadczeń rezonansu magnetycznego (RM) w

								znieczuleniu zostały określone w załączniku nr 7 do rozporządzenia, - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12,
20			5.10.00.000020 4	Konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego - SOK	punkt	119	x	- do sumowania z produktami: 5.10.00.0000192, 5.10.00.0000197, 5.10.00.0000198, 5.10.00.0000199, 5.10.00.0000200, 5.10.00.0000201, 5.10.00.0000202, 5.10.00.0000206, 5.10.00.0000207, 5.10.00.0000208, 5.10.00.0000209, 5.10.00.0000210, 5.10.00.0000211, 5.10.00.0000212,5.10.00.0000213 , 5.10.00.0000214, 5.10.00.0000215, 5.10.00.0000216, 5.10.00.0000217, - porada nie stanowi kwalifikacji pacjenta do znieczulenia przeprowadzanej nie później niż 24 godziny przed zabiegiem w trybie planowym, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz. U. 2022 r. poz. 392, z późn. zm), - musi się odbyć co najmniej 2 dni przed datą wykonania badania endoskopowego

21	11.1212.161.02	Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi lub raka jajnika - świadczenia diagnostyki genetycznej udzielane osobom do ukończenia 18 roku życia	5.10.00.0000172	Badanie mutacji w genie BRCA1	punkt	260	x	rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
22			5.10.00.0000173	Badanie mutacji w genach CHEK2 i PALB2	punkt	350	x	rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
23			5.10.00.0000174	Badanie mutacji w genach BRCA1, BRCA2, PALB2, CHEK2 metodą NGS	punkt	1192	x	rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
24			5.10.00.0000175	Badanie rodzinnej mutacji	punkt	300	x	rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
25			5.10.00.0000176	Badania immunohistochemiczne w przypadku diagnozy raka piersi w biopsji gruczołowej	punkt	410	x	rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 32 załącznika nr 5 do rozporządzenia
26	11.1212.020.02	Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego lub raka błony śluzowej trzonu macicy	5.10.00.0000188	Świadczenie pierwszorazowe 1-go typu	punkt	108	x	rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000040 określoną w zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 33 załącznika nr 5 do rozporządzenia
27			5.10.00.0000171	Wizyta kontrolna - pozostałe osoby	punkt	70	x	rozliczana nie częściej niż raz na 12 miesięcy oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 33 załącznika nr 5 do rozporządzenia
28			5.10.00.0000205	Świadczenie specjalistyczne 1-go typu	punkt	70	x	rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000011 określoną w zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 33 załącznika nr 5 do rozporządzenia

29			5.10.00.000018 9	Świadczenie specjalistyczne 2-go typu	punkt	119	x	rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000012 określoną zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 33 załącznika nr 5 do rozporządzenia
30			5.10.00.000019 0	Świadczenie specjalistyczne 3-go typu	punkt	211	x	rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000013 określoną zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 33 załącznika nr 5 do rozporządzenia
31			5.10.00.000019 7	Kolonoskopia diagnostyczna - SOK	punkt	462	x	
32			5.10.00.000019 8	Kolonoskopia diagnostyczna z biopsją (z badaniem hist.-pat.) - SOK	punkt	665	x	badanie hist.-pat. zdefiniowane jako badanie tkanki lub tkanek pobranych z jednej lokalizacji i przekazanych do pracowni hist.- pat. w postaci jednej opisanej próbki, wymagającej oddzielnego przebadania i postawienia rozpoznania histopatologicznego
33			5.10.00.000019 9	Kolonoskopia z polipektomią jednego lub więcej polipów o średnicy do 1 cm, za pomocą pętli diatermicznej (z badaniem hist.-pat.) - SOK	punkt	1446	x	badanie hist.-pat. zdefiniowane jako badanie tkanki lub tkanek pobranych z jednej lokalizacji i przekazanych do pracowni hist.- pat. w postaci jednej opisanej próbki, wymagającej oddzielnego przebadania i postawienia rozpoznania histopatologicznego
34			5.10.00.000020 0	Gastroskopia diagnostyczna (w przypadku wskazań obejmuje test	punkt	254	x	

			ureazowy) - SOK				
35		5.10.00.000020 1	Gastroskopia diagnostyczna z biopsją - uwzględnia 1 badanie hist.-pat - SOK	punkt	318	x	badanie hist.-pat. zdefiniowane jako badanie tkanki lub tkanek pobranych z jednej lokalizacji i przekazanych do pracowni hist.- pat. w postaci jednej opisanej próbki, wymagającej oddzielnego przebadania i postawienia rozpoznania histopatologicznego
36		5.10.00.000020 2	Gastroskopia diagnostyczna z biopsją - uwzględnia 2 lub więcej badań hist.- pat.- SOK	punkt	405	x	badanie hist.-pat. zdefiniowane jako badanie tkanki lub tkanek pobranych z jednej lokalizacji i przekazanych do pracowni hist.- pat. w postaci jednej opisanej próbki, wymagającej oddzielnego przebadania i postawienia rozpoznania histopatologicznego
37		5.10.00.000020 3	Znieczulenie całkowite dożylne – SOK	punkt	273	x	- do sumowania z procedurami: 45.231, 45.253, 45.239, 45.42 , 44.162, 44.13 w ramach produktów: 5.10.00.0000197, 5.10.00.0000198, 5.10.00.0000199, 5.10.00.0000200, 5.10.00.0000201, 5.10.00.0000202. - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12,
38		5.10.00.000020 4	Konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego - SOK	punkt	119	x	- do sumowania z produktami: 5.10.00.0000192, 5.10.00.0000197, 5.10.00.0000198, 5.10.00.0000199, 5.10.00.0000200, 5.10.00.0000201, 5.10.00.0000202, 5.10.00.0000206, 5.10.00.0000207, 5.10.00.0000208,

							5.10.00.0000209, 5.10.00.0000210, 5.10.00.0000211, 5.10.00.0000212,5.10.00.0000213 , 5.10.00.0000214, 5.10.00.0000215, 5.10.00.0000216, 5.10.00.0000217, - porada nie stanowi kwalifikacji pacjenta do znieczulenia przeprowadzanej nie później niż 24 godziny przed zabiegiem w trybie planowym, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz. U. 2022 r. poz. 392, z późn. zm), - musi się odbyć co najmniej 2 dni przed datą wykonania badania endoskopowego
39		5.10.00.000017 5	Badanie rodzinnej mutacji	punkt	320	x	rozliczanie z zgodnie z zasadami określonymi w poz. 33 załącznika nr 5 do rozporządzenia
40		5.10.00.000017 7	Badanie mutacji w genach APC, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, STK11, SMAD4, BMPR1A, MUTYH, EPCAM, PTEN	punkt	4164	x	rozliczanie z zgodnie z zasadami określonymi w poz. 33 załącznika nr 5 do rozporządzenia
41		5.10.00.000017 8	Badanie niestabilności mikrosatelitarnej z tkanki - badanie genetyczne	Produkt statystyczny	0	x	
42		5.10.00.000017 9	Badanie niestabilności mikrosatelitarnej z tkanki - badanie immunohistochemiczn	Produkt statystyczny	0	x	

			e				
43			5.10.00.000018 0	Badanie w kierunku wykrycia mutacji w genie APC wykonywane metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, sekwencjonowanie Sangera, MLPA):	Produkt statystyczny	0	x
44			5.10.00.000018 1	Badanie w kierunku wykrycia mutacji w genach MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 wykonywane metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, sekwencjonowanie Sangera, MLPA)	Produkt statystyczny	0	x
45			5.10.00.000018 2	Badania w kierunku wykrycia mutacji w genie STK11 wykonywane metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, sekwencjonowanie Sangera, MLPA)	Produkt statystyczny	0	x
46			5.10.00.000018 3	Badanie w kierunku wykrycia mutacji w genach SMAD4 i BMPR1A wykonywane metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP,	Produkt statystyczny	0	x

				sekwencjonowanie Sangera, MLPA)				
47			5.10.00.000018 4	Badanie w kierunku wykrycia mutacji w genie MUTYH wykonywane metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, sekwencjonowanie Sangera, MLPA)	Produkt statystyczny	0	x	
48			5.10.00.000018 5	Wykrycie nosicielstwa mutacji w genach APC, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, STK11, SMAD4, BMPR1A, MUTYH, EPCAM, PTEN, wykonywanego metodami biologii molekularnej z zastosowaniem techniki sekwencjonowania następnej generacji (NGS)	Produkt statystyczny	0	x	
49		Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego lub raka błony śluzowej trzonu macicy - świadczenia diagnostyki	5.10.00.000017 5	Badanie rodzinnej mutacji	punkt	320	x	rozliczanie z zgodnie z zasadami określonymi w poz. 33 załącznika nr 5 do rozporządzenia
50	11.1212.162.02		5.10.00.000017 7	Badanie mutacji w genach APC, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, STK11, SMAD4, BMPR1A, MUTYH, EPCAM, PTEN	punkt	4164	x	rozliczanie z zgodnie z zasadami określonymi w poz. 33 załącznika nr 5 do rozporządzenia
51			5.10.00.000017 8	Badanie niestabilności mikrosatelitarnej z tkanki - badanie genetyczne	Produkt statystyczny	0	x	

52		genetycznej udzielane osobom do ukończenia 18 roku życia	5.10.00.0000179	Badanie niestabilności mikrosatelitarnej z tkanki - badanie immunohistochemiczne	Produkt statystyczny	0	x	
53			5.10.00.0000180	Badanie w kierunku wykrycia mutacji w genie APC wykonywane metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, sekwencjonowanie Sangera, MLPA):	Produkt statystyczny	0	x	
54			5.10.00.0000181	Badanie w kierunku wykrycia mutacji w genach MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 wykonywane metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, sekwencjonowanie Sangera, MLPA)	Produkt statystyczny	0	x	
55			5.10.00.0000182	Badania w kierunku wykrycia mutacji w genie STK11 wykonywane metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, sekwencjonowanie Sangera, MLPA)	Produkt statystyczny	0	x	
56			5.10.00.0000183	Badanie w kierunku wykrycia mutacji w genach SMAD4 i BMPR1A wykonywane	Produkt statystyczny	0	x	

				metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, sekwencjonowanie Sanger, MLPA)				
57			5.10.00.0000184	Badanie w kierunku wykrycia mutacji w genie MUTYH wykonywane metodami biologii molekularnej (PCR i jej modyfikacje, RFLP, sekwencjonowanie Sanger, MLPA)	Produkt statystyczny	0	x	
58			5.10.00.0000185	Wykrycie nosicielstwa mutacji w genach APC, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, STK11, SMAD4, BMPR1A, MUTYH, EPCAM, PTEN, wykonywanego metodami biologii molekularnej z zastosowaniem techniki sekwencjonowania następnej generacji (NGS)	Produkt statystyczny	0	x	
59	11.1212.030.02	Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na siatkówczaka lub chorobę von Hippel-Lindau (VHL)	5.10.00.0000188	Świadczenie pierwszorazowe 1-go typu	punkt	108	x	rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000040 określoną w zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 34 załącznika nr 5 do rozporządzenia
60			5.10.00.0000171	Wizyta kontrolna - pozostałe osoby	punkt	70	x	rozliczana nie częściej niż raz na 12 miesięcy oraz zgodnie z

								zasadami określonymi w poz. 34 załącznika nr 5 do rozporządzenia
61			5.10.00.000020 5	Świadczenie specjalistyczne 1-go typu	punkt	70	x	rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000011 określoną zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 34 załącznika nr 5 do rozporządzenia
62			5.10.00.000018 9	Świadczenie specjalistyczne 2-go typu	punkt	119	x	rozliczanie zgodnie z charakterystyką świadczenia oznaczonego kodem 5.30.00.0000012 określoną zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zgodnie z zasadami określonymi w poz. 34 załącznika nr 5 do rozporządzenia
63			5.10.00.000020 6	MR głowy bez wzmocnienia kontrastowego	punkt	377	x	
64			5.10.00.000020 7	MR głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	punkt	803	x	
65			5.10.00.000020 8	MR jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez wzmocnienia kontrastowego	punkt	323	x	
66			5.10.00.000020 9	MR jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup bez wzmocnienia kontrastowego	punkt	455	x	
67			5.10.00.000021 0	MR jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	punkt	709	x	

68			5.10.00.000021 1	MR jednej okolicy anatomicznej innej niż odcinek kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	punkt	935	x	
69			5.10.00.000021 2	MR dwóch odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	punkt	561	x	
70			5.10.00.000021 3	MR trzech odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	punkt	801	x	
71			5.10.00.000021 4	MR dwóch odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	punkt	1110	x	
72			5.10.00.000021 5	MR trzech odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	punkt	1477	x	
73			5.10.00.000021 6	TK: innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego	punkt	196	x	
74			5.10.00.000021 7	TK: innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	punkt	433	x	
75			5.10.00.000018 6	Badanie mutacji w genie RB1	punkt	1231	x	rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 34 załącznika nr 5 do rozporządzenia
76			5.10.00.000018 7	Badanie mutacji w genie VHL	punkt	400	x	rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 34 załącznika nr 5 do rozporządzenia
77			5.10.00.000022 1	Znieczulenie całkowite dożylnie – do tomografii komputerowej - SOK	punkt	248	x	- do sumowania ze świadczeniami tomografii komputerowej (TK). - kryteria kwalifikacji do świadczeń tomografii komputerowej (TK) w

								znieczuleniu zostały określone w załączniku nr 7 do rozporządzenia, - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12,
78			5.10.00.000022 2	Znieczulenie całkowite dożylnie – do rezonansu magnetycznego - SOK	punkt	367	x	- do sumowania ze świadczeniami rezonansu magnetycznego (RM), - kryteria kwalifikacji do świadczeń rezonansu magnetycznego (RM) w znieczuleniu zostały określone w załączniku nr 7 do rozporządzenia, - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12,
79			5.10.00.000020 4	Konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego - SOK	punkt	119	x	- do sumowania z produktami: 5.10.00.0000192, 5.10.00.0000197, 5.10.00.0000198, 5.10.00.0000199, 5.10.00.0000200, 5.10.00.0000201, 5.10.00.0000202, 5.10.00.0000206, 5.10.00.0000207, 5.10.00.0000208, 5.10.00.0000209, 5.10.00.0000210, 5.10.00.0000211, 5.10.00.0000212,5.10.00.0000213, 5.10.00.0000214, 5.10.00.0000215, 5.10.00.0000216, 5.10.00.0000217, - porada nie stanowi kwalifikacji pacjenta do znieczulenia przeprowadzanej nie później niż 24 godziny przed zabiegiem w trybie planowym, o której mowa

								w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz. U. 2022 r. poz. 392, z późn. zm) - musi się odbyć co najmniej 2 dni przed datą wykonania badania endoskopowego
80	11.1212.163.0 2	Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na siatkówczaka lub chorobę von Hippel-Lindau (VHL) - świadczenia diagnostyki genetycznej udzielane osobom do ukończenia 18 roku życia	5.10.00.000018 6	Badanie mutacji w genie RB1	punkt	1231	x	rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 34 załącznika nr 5 do rozporządzenia
81			5.10.00.000018 7	Badanie mutacji w genie VHL	punkt	400	x	rozliczanie zgodnie z zasadami określonymi w poz. 34 załącznika nr 5 do rozporządzenia

Uzasadnienie

Zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.).

Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem polegają na nadaniu nowego brzmienia załącznikowi nr 1b. Zmiany te wynikają z publikacji obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z 2 lipca 2026 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w obszarze chirurgicznego leczenia chorób piersi.

Na podstawie ww. regulacji dokonano aktualizacji wycen produktów rozliczeniowych dedykowanych rozliczaniu badań biopsji gruczołowej w zakresie:

- „Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi lub raka jajnika”.

Wprowadzenie poniżej wymienionych produktów rozliczeniowych:

- „Świadczenia zabiegowe – grupa 134”,
- „Świadczenia zabiegowe – grupa 131”,
- „Świadczenia zabiegowe – grupa 132”

jest spójne ze zmianami wprowadzonymi w zmieniającym zarządzeniu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Nowe wyceny punktowe tych produktów rozliczeniowych oparto na opublikowanej taryfie, przy czym przy przeliczeniu wyceny na punkty w katalogu oparto się na średnich rzeczywistych cenach punktu w tych zakresach w II półroczu 2025, a wynik zaokrąglono do liczb całkowitych.

Zasady rozliczania wprowadzone niniejszym zarządzeniem będą miały zastosowanie do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych od 1 lipca 2026 r.

Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2024 r. poz. 146, z późn. zm.) oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1194 z późn. zm.), został przedstawiony do konsultacji do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach na okres 7 dni. W ramach konsultacji swoje opinie przedstawiło 6 interesariuszy. 3 z nich przekazało informację o braku uwag do projektowanych zmian. 3 zgłoszone uwagi nie zostały uwzględnione, gdyż nie dotyczyły one przedmiotu projektowanych zmian.