

**ZARZĄDZENIE NR 101/2026/DSOZ
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 18 września 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, z późn. zm.¹⁾) 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. zm.²⁾), wprowadza się następujące zmiany:

1) § 16a otrzymuje brzmienie:

„§ 16a. Do rozliczania świadczeń finansowanych w ramach grup Z131Kon Świadczenia zabiegowe – grupa 131 oraz Z132Kon Świadczenia zabiegowe – grupa 132 stosuje się współczynnik korygujący o wartości 1,25.”;

2) w § 18:

a) pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) 5.60.01.0000020 Z131Kon Świadczenia zabiegowe – grupa 131;”;

b) pkt 6 otrzymuje brzmienie:

„6) 5.60.01.0000021 Z132Kon Świadczenia zabiegowe – grupa 132.”;

3) załącznik nr 1on do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku 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 lipca 2026 r.

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

**PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**
Jakub Szulc

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2025 r. poz. 1083, 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz. 26, 203, 791, 972, 986 i 1007.

²⁾ 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., 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. Nr 15/2026/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 lutego 2026 r., zarządzeniem Nr 47/2026/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2026 r. oraz zarządzeniem Nr 78/2026/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 lipca 2026 r.

wz. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
/dokument podpisany elektronicznie/

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	Wartość punktowa - hospitalizacja/ hospitalizacja planowa w ramach pobytu dziennego w oddziale szpitalnym nieprzekraczające go 12 godzin	Liczba dni pobytu finansowana grupą - typ umowy hospitalizacja	Wartość punktowa hospitalizacji dzień wypisu - 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	19
Część I Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś)																		
1			5.51.01.0009057	J01AJ	Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych - jednostronne*		24 569	22 603		16				843	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			5.51.01.0009058	J01AO	Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych - obustronne*		28 477	26 199		16				843	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			5.51.01.0009059	J01BJ	Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną - jednostronne*		9 223	8 485		16				843	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - nie obejmuje profilaktycznej mastektomii
4			5.51.01.0009060	J01BO	Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną - obustronne*		13 111	12 062		16				843	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - nie obejmuje profilaktycznej mastektomii
5			5.51.01.0009061	J01CJ	Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją - jednostronne*		9 439	8 689		16				843	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - nie obejmuje profilaktycznej mastektomii
6			5.51.01.0009062	J01CO	Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją - obustronne*		14 196	13 060		16				843	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - nie obejmuje profilaktycznej mastektomii
7			5.51.01.0009063	J01CP	Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją i zabieg rekonstrukcyjny drugiej piersi*		14 196	13 060		16				843	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - nie obejmuje profilaktycznej mastektomii
8			5.51.01.0009064	J02AJ	Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia jednostronna*		7 148	6 576		11	6 576	6 767	6 957	843	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
9			5.51.01.0009065	J02AO	Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia obustronna*		8 958	8 241		11	8 241	8 480	8 719	843	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
10			5.51.01.0009066	J02BJ	Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych - jednostronne*		5 743	5 284		11	5 284	5 437	5 590	843	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
11			5.51.01.0009067	J02BO	Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych - obustronne*		7 087	6 520		11	6 520	6 709	6 898	843	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
12			5.51.01.0009068	J02C	Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych z symetryzacją piersi zdrowej*		7 087	6 520		11	6 520	6 709	6 898	843	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
13			5.51.01.0009069	J03A	Duże zabiegi w obrębie piersi w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*		5 460	5 023			5 023	5 169	5 314		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
14			5.51.01.0009070	J03B	Duże zabiegi w obrębie piersi w rozpoznaniach nowotworów złośliwych z symetryzacją drugiej piersi*		6 839	6 292			6 292	6 474	6 657		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
15			5.51.01.0009073	J04A	Kompleksowe zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych*		23 076	21 230			21 230	21 845	22 461		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
16			5.51.01.0009074	J04B	Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanek własnych*		11 167	10 274			10 274	10 572	10 869		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
17			5.51.01.0009075	J04CJ	Zabiegi rekonstrukcyjne piersi - jednostronne*		7 996	7 356			7 356	7 569	7 783		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
18			5.51.01.0009076	J04CO	Zabiegi rekonstrukcyjne piersi - obustronne*		10 655	9 803			9 803	10 087	10 371		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
19			5.51.01.0009077	J05A	Średnie zabiegi w obrębie piersi*		3 972	3 654			3 654	3 760	3 866		x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
20			5.51.02.0009001	JU06	Małe zabiegi w obrębie piersi - AE*		2 723	2 723	2 723						x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
21			5.51.01.0009008	J08	Choroby piersi złośliwe		1 958	1 801		5	580	1 039	1 499	606	x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
22			5.51.02.0009002	JU10	Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią - AE*		1 856	1 856	1 856						x			- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
23			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

24		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
25		5.51.02.0015001	QU20	Małe zabiegi na układzie limfatycznym -AE *		724	724	724						x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
26		5.60.01.0000001	nd	Materiał onkologiczny duży	1 321									x		- można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
27		5.60.01.0000002	nd	Materiał śródoperacyjny	431									x		- można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
28		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
29		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
30		5.07.01.0000012	nd	Teleradioterapia 3D z modulacją intensywności dawki	16 389									x	x	- cały cykl leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.246 Teleradioterapia 3D z modulacją intensywności dawki (3D-IMRT) — fotony, 92.292 Teleradioterapia 3D sterowana obrazem (IGRT) z modulacją intensywności dawki (3D-RotIMRT) - fotony, 92.291 Teleradioterapia 3D sterowana obrazem (IGRT) realizowana w oparciu o implanty wewnętrzne - 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
31		5.07.01.0000013	nd	Teleradioterapia 3D - niekoplanarna z monitoringiem tomograficznym (3D-CRT)	14 899									x	x	- cały cykl leczenia, - monitoring tomograficzny co najmniej dwukrotnie w trakcie napromieniania, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.242 Teleradioterapia 3D konformalna sterowana obrazem (IGRT) — 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
32		5.07.01.0000014	nd	Teleradioterapia 3D śródoperacyjna (3D-IORT)	6 114									x	x	- cały cykl leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.31 Śródoperacyjna teleradioterapia konformalna 3D (3D-IORT-R), 92.32 Śródoperacyjna teleradioterapia konformalna 3D (3D-IORT-x)
33		5.07.01.0000023	nd	Teleradioterapia radykalna z planowaniem trójwymiarowym (3D)	11 560									x	x	- cały cykl leczenia; - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b; - obejmuje co najmniej jedną procedurę: 92.241 Teleradioterapia radykalna z planowaniem 3D — fotony, 92.251 Teleradioterapia radykalna z planowaniem 3D — 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
34		5.07.01.0000059	nd	Teleradioterapia paliatywna proces leczenia 1 frakcją	2 812									x	x	- cały cykl leczenia, - warunki określone w zał. Nr 3a, - obejmuje procedury: 92.223 Teleradioterapia paliatywna — promieniowanie X, - 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
35		5.07.01.0000060	nd	Teleradioterapia paliatywna frakcjonowana	3 551									x	x	- cały cykl leczenia, - warunki określone w zał. Nr 3a, - obejmuje procedury: 92.223 Teleradioterapia paliatywna — promieniowanie X, - 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
36		5.07.01.0000061	nd	Brachyterapia 3D "real time"	15 316									x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.414 Brachyterapia śródtkankowa - planowanie 3D pod kontrolą obrazowania, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
37		5.07.01.0000063	nd	Brachyterapia śródtkankowa w oparciu o planowanie 3D - aplikacje jednorazowe z podaniem wielu frakcji	13 001									x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.413 Brachyterapia śródtkankowa - planowanie 3D, - ICD-10 (w rozpoznaniu pierwotnym): C50 - Nowotwór złośliwy piersi, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
38		5.07.01.0000064	nd	Brachyterapia śródtkankowa w oparciu o planowanie 3d (boost)	7 739									x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.413 Brachyterapia śródtkankowa - planowanie 3D, - ICD-10 (w rozpoznaniu pierwotnym): C50 - Nowotwór złośliwy piersi, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
39		5.07.01.0000065	nd	Brachyterapia powierzchniowa oparta na planowaniu 3D	9 511									x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.452 Brachyterapia powierzchniowa - planowanie 3D, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
40		5.07.01.0000067	nd	Brachyterapia śródoperacyjna	9 557									x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.46 Brachyterapia śródoperacyjna, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
41		5.07.01.0000048	nd	Zakwaterowanie do teleradioterapii / protonoterapii	162										x	- za osobodzień, - obejmuje zapewnienie transportu w przypadku zakwaterowania świadczeniobiorcy poza podmiotem działalności leczniczej

42	03.4240.010.02	Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Piers)	5.07.01.0000070	nd	Zakwaterowanie do brachyterapii	162									x		- za osobodzień, - obejmuje zapewnienie transportu w przypadku zakwaterowania świadczeniobiorcy poza podmiotem działalności leczniczej
43			5.07.01.0000071	nd	Powtórne planowanie	0											- do sprawozdania w sytuacji stwierdzenia zmian topograficznych guza lub gdy ze względu na ubytek masy ciała zachodzi konieczność przygotowania więcej niż jednego planu leczenia, - możliwość sumowania ze świadczeniem bazowym zw. z naświetlaniem
44			5.52.01.0001423	nd	Wytworzenie stałego dostępu naczyniowego z wytworzeniem tunelu podskórnego przeznaczonego do użytku długoterminowego z hospitalizacją	1 371,43								x			- obejmuje koszt wyrobu medycznego (koszt cewnika tunelizowanego typu Broviack, Hickman, Groshong lub Leonard, - nie podlega rozliczeniu użycie cewnika centralnego typu Certofix, Cavafix.
45			5.52.01.0001440	nd	Hospitalizacja do teleradioterapii / terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku > 17 r.ż.	364,23								x			- za osobodzień, - do rozliczenia wyłącznie w dniach związanych z planowaniem i leczeniem radioterapią
46			5.52.01.0001468	nd	Teleradioterapia/ brachyterapia i terapia izotopowa / terapia protonowa nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku - w trybie ambulatoryjnym	0											
47			5.52.01.0001499	nd	Hospitalizacja do teleradioterapii / terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku < 18 r.ż.- w oddziale onkologii i hematologii dziecięcej	555,76								x			- za osobodzień, - do rozliczenia wyłącznie w dniach związanych z planowaniem radioterapii lub leczeniem radioterapią
48			5.52.01.0001504	nd	Hospitalizacja do chemioradioterapii > 18 r.ż.	480,95								x			- za osobodzień, - do rozliczenia w dniach związanych z leczeniem skojarzonym nowotworów - zastosowanie u pacjenta podczas jednoczasowej chemioterapii i radioterapii u tego samego świadczeniodawcy, kiedy między pierwszym a ostatnim dniem hospitalizacji do radioterapii nastąpi podanie substancji czynnej w określonych dniach z zachowaniem przerw terapeutycznych zależnych od schematu leczenia, - można sumować z produktami radioterapii oraz z produktami z zał. 1c, 1m i 1n
49			5.52.01.0001511	nd	Badanie genetyczne materiału archiwalnego	0									x		- do rozliczenia wyłącznie z produktem: 5.53.01.0005001 lub 5.53.01.0005002 lub 5.53.01.0005003, w sytuacji konieczności modyfikacji ustalonego planu leczenia, - konieczność sprawozdania pierwotnej daty pobrania materiału do badań, - realizowane w trybie ambulatoryjnym, - zgodnie z § 25 pkt 21 zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
50			5.52.01.0001554	nd	Hospitalizacja do brachyterapii	411,57								x			- za osobodzień, - do rozliczenia wyłącznie w dniach związanych z planowaniem lub leczeniem radioterapią lub leczeniem skutków ubocznych radioterapii lub diagnostyką związaną z leczeniem radioterapią
51			5.52.01.0001555	nd	Hospitalizacja jednodniowa do brachyterapii	199								x			do rozliczenia również w sytuacji, w której obecność pacjenta jest niezbędna w procesie planowania
52			5.52.01.0001556	nd	Hospitalizacja jednodniowa do teleradioterapii	176								x			do rozliczenia również w sytuacji, w której obecność pacjenta jest niezbędna w procesie planowania
53			5.52.01.0001566	nd	Usunięcie stałego dostępu naczyniowego z wytworzonym tunelem podskórnym przeznaczonego do użytku długoterminowego z hospitalizacją	1 140,61								x			
54			5.52.01.0000035	nd	Implantacja portu naczyniowego z hospitalizacją	2 974								x			- obejmuje koszt wyrobu medycznego (portu), - wymagane wskazanie procedury 86.07 oraz rozpoznania zasadniczego wskazującego na przyczynę udzielenia świadczenia
55			5.52.01.0000036	nd	Usunięcie portu naczyniowego z hospitalizacją	1 592								x			
56			5.52.01.0001537	nd	Hospitalizacja świadczeniobiorcy onkologicznego świadczenia kompleksowego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.	0								x			
57			5.52.01.0001591	nd	Badanie genetyczne materiału świeżego w nowotworach BRCA zależnych	0									x		- produkt do rozliczenia w BRCA zależnym nowotworze złośliwym piersi (ICD-10: C50) w związku z kwalifikacją do dedykowanego programu lekowego, - produkt dedykowany świadczeniodawcom realizującym program lekowy - Leczenie chorych na raka piersi (ICD-10: C50), - do rozliczenia wyłącznie z produktem: 5.53.01.0005001 lub 5.53.01.0005002, - konieczność sprawozdania daty kwalifikacji/dyskwalifikacji do programu lekowego, - realizowane w trybie ambulatoryjnym
58			5.60.01.0000018	nd	Opieka psychologiczna - etap leczenia choroby nowotworowej	74								x	x		możliwość sumowania z produktem rozliczeniowym związanym z rozliczeniem kosztów hospitalizacji
59			5.11.02.9200001	ROKO	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach stacjonarnych	316,77								x			- zgodnie z kryteriami kwalifikacji określonymi w rozporządzeniu rehabilitacyjnym, - czas realizacji świadczenia ustalany indywidualnie przez lekarza, - realizacja obejmuje cykl 10 dni zabiegowych lub 20 dni zabiegowych (jednorazowo), - można sumować z produktem 5.53.01.0001649 z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
60			5.11.02.9200002	nd	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w oddziale dziennym	88									x		zakres świadczeń obejmuje procedury ICD-9: 93.1139, 93.12, 93.1202, 93.1204, 93.1205, 93.1304, 93.1305, 93.1401, 93.1812, 93.1903, 93.1907, 93.1909, 93.3301, 93.3801, 93.3808, 93.3812, 93.3816, 93.3818, 93.3821, 93.3827, 93.3831, 93.3985, 93.3912, 93.3916, 93.3918, 93.3981, 93.3987, 93.3999
61			5.11.00.0000008	nd	Porada lekarska rehabilitacyjna w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych	30									x		świadczenie rozliczane zgodnie z warunkami określonymi w zarządzeniu w rodzaju rehabilitacja lecznicza
62			5.11.00.0000009	nd	Porada lekarska rehabilitacyjna kompleksowa w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych	66									x		obejmuje co najmniej 1 procedurę diagnostyczną obrazową ICD-9: 04.14, 04.19, 87.22-87.29, 87.431, 87.433, 88.11, 88.21-24, 88.26-29, 88.33, 88.37, 88.793-798, 88.981, 88.983, lub co najmniej 2 procedury diagnostyczne laboratoryjne ICD-9: A01,A19, C53, C59, G49, I81, L11, L69, M18, M45, O75, O77, O87, O89, O91, S21, S23, S27, S29, S31, 91.831
63			5.11.00.0000010	nd	Wizyta fizjoterapeutyczna w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych	26,35									x		świadczenie rozliczane zgodnie z warunkami określonymi w zarządzeniu w rodzaju rehabilitacja lecznicza
64			5.11.00.0000011	nd	indywidualna praca z pacjentem (np. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie mniej niż 30 min. w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych	36,49									x		- konieczność przekazania w raporcie statystycznym kodów ICD-9 odpowiednich do realizacji świadczeń, - świadczeniobiorcy przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów fizjoterapeutycznych dziennie, zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu rehabilitacyjnym, możliwych do rozliczenia za pomocą produktów rozliczeniowych o kodach 5.11.00.0000011, 5.11.00.0000012, 5.11.00.0000013
65			5.11.00.0000012	nd	masaż suchy - częściowy - minimum 20 minut na jednego pacjenta, w tym min. 15 minut czynnego masażu, masaż limfatyczny ręczny, masaż podwodny w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych	18,25									x		- konieczność przekazania w raporcie statystycznym kodów ICD-9 odpowiednich do realizacji świadczeń, - realizacja obejmuje 20 min. na jednego pacjenta, w tym 15 min. czynnego masażu, - możliwość rozliczenia krotności produktu (max. 60 min. czynnego masażu na jednego pacjenta), - świadczeniobiorcy przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów fizjoterapeutycznych dziennie, zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu rehabilitacyjnym, możliwych do rozliczenia za pomocą produktów rozliczeniowych o kodach 5.11.00.0000011, 5.11.00.0000012, 5.11.00.0000013
66			5.11.00.0000013	nd	pozostałe zabiegi fizjoterapeutyczne w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych	8,55									x		- konieczność przekazania w raporcie statystycznym kodów ICD-9 odpowiednich do realizacji świadczeń, - świadczeniobiorcy przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów fizjoterapeutycznych dziennie, zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu rehabilitacyjnym możliwych do rozliczenia za pomocą produktów rozliczeniowych o kodach 5.11.00.0000011, 5.11.00.0000012, 5.11.00.0000013
67			5.11.01.0000077	nd	Żywienie dojelitowe w rehabilitacji	108											za każdy dzień żywienia

68		5.11.01.0000080	nd	Kompletne żywienie pozajelitowe w rehabilitacji	216											za każdy dzień żywienia
69		5.32.00.0000020	nd	Diagnostyka wstępna - nowotwory piersi	369									x		świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
70		5.33.00.0000014	nd	Diagnostyka pogłębiona - nowotwory piersi	417									x		świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
71		5.60.01.0000004	nd	biopsja grubiogłowa (oligobiopsja) - badanie materiału z piersi (guz), węzeł chłonny	559									x		- obejmuje ocenę pobranego materiału oraz barwienia HC oraz iHC, - do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej albo pogłębionej
72		5.60.01.0000020	Z131Kon	Z131Kon Świadczenia zabiegowe – grupa 131	1 642									x		- świadczenie zdefiniowane zgodnie z charakterystyką grupy Z131, określoną w zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, - do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej albo pogłębionej, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady
73		5.60.01.0000021	Z132Kon	Z132Kon Świadczenia zabiegowe – grupa 132	1 813									x		- świadczenie zdefiniowane zgodnie z charakterystyką grupy Z132, określoną w zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, - do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej albo pogłębionej, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady
74		5.60.01.0000017	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 świadczeniobiory
75		5.60.01.0000016	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
76		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.
77		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
78		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
79		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.
80		5.60.01.0000022	Z135Kon	Z135Kon Świadczenia zabiegowe – grupa 135	232									x		świadczenie zdefiniowane zgodnie z charakterystyką grupy Z135, określoną w zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
81		5.60.01.0000015	nd	Pobyt diagnostyczny	150									x	x	- można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - zgodnie z § 19 pkt 13 i 14 zarządzenia
82		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 płasawiczego lub parkinsonowskiego), - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12
83		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 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 płasawiczego lub parkinsonowskiego) - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12
84		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.)
85		5.30.00.0000001	W01	W01 Świadczenie pohospitalizacyjne	48									x		świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
86		5.30.00.0000002	W02	W02 Świadczenie receptowe	11									x		świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
87		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
88		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

89			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
90			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
91			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
92			5.30.00.0000017	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
93			5.60.01.0000019	nd	Opieka psychologiczna - etap monitorowania choroby nowotworowej	74									x		możliwość wykazania maksymalnie 5 produktów
94			5.03.00.0000020	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 odcinkaukładu 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 zastosowaniemfosfonianów, lub 92.149 Scyntygrafia układu kostnego – inne
95			5.03.00.0000013	nd	limfoscyntygrafia	323									x		92.162 Scyntygraficzna ocena położenia węzła wartowniczego
Część II Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG)																	
96			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. 1e do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
97			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. 1e 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
98			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. 1e do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
99			5.51.02.0006003	FU37	Diagnostyczne i małe zabiegi dolnego odcinka przewodu pokarmowego -AE *		1 805	1 805	1 805						x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1e do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
100			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. 1e do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
101			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. 1e do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
102			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. 1e 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
103			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. 1e do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
104			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. 1e do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
105			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. 1e do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
106			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. 1e do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
107			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. 1e do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
108			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. 1e do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
109			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. 1e do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
110			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. 1e do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
111			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. 1e do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
112			5.60.01.0000013	nd	Materiał pooperacyjny	1 500									x		- można sumować z produktami z zał. 1e 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

113		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
114		5.07.01.0000012	nd	Teleradioterapia 3D z modulacją intensywności dawki	16 389									x	x	- cały cykl leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.246 Teleradioterapia 3D z modulacją intensywności dawki (3D-IMRT) — fotony, 92.292 Teleradioterapia 3D sterowana obrazem (IGRT) z modulacją intensywności dawki (3D-RotIMRT) - fotony, 92.291 Teleradioterapia 3D sterowana obrazem (IGRT) realizowana w oparciu o implanty wewnętrzne - 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
115		5.07.01.0000013	nd	Teleradioterapia 3D - nickoplanarna z monitoringiem tomograficznym (3D-CRT)	14 899									x	x	- cały cykl leczenia, - monitoring tomograficzny co najmniej dwukrotnie w trakcie napromieniania, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.242 Teleradioterapia 3D konformalna sterowana obrazem (IGRT) — fotony, 92.252 Teleradioterapia 3D konformalna z monitoringiem tomograficznym (3D-CRT) — 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
116		5.07.01.0000058	nd	Teleradioterapia 3D - całego ciała (TBI) lub połowy ciała (HBI) lub skóry całego ciała	19 768									x	x	- cały cykl leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.249 Teleradioterapia szpiku lub układu chłonnego całego ciała (TMI) - 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
117		5.07.01.0000023	nd	Teleradioterapia radykalna z planowaniem trójwymiarowym (3D)	11 560									x	x	- cały cykl leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.241 Teleradioterapia radykalna z planowaniem 3D — fotony, 92.251 Teleradioterapia radykalna z planowaniem 3D — 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
118		5.07.01.0000059	nd	Teleradioterapia paliatywna proces leczenia 1 frakcją	2 812									x	x	- cały cykl leczenia, - warunki określone w zał. Nr 3a, - obejmuje procedury: 92.223 Teleradioterapia paliatywna — promieniowanie X, 92.233 Teleradioterapia paliatywna z zastosowaniem 60Co — promieniowanie gamma, - 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
119		5.07.01.0000060	nd	Teleradioterapia paliatywna frakcjonowana	3 551									x	x	- cały cykl leczenia, - warunki określone w zał. Nr 3a, - obejmuje procedury: 92.223 Teleradioterapia paliatywna — promieniowanie X, 92.233 Teleradioterapia paliatywna z zastosowaniem 60Co — promieniowanie gamma, - 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
120		5.07.01.0000048	nd	Zakwaterowanie do teleradioterapii / protonoterapii	162										x	- za osobodzień, - obejmuje zapewnienie transportu w przypadku zakwaterowania świadczeniobiorcy poza podmiotem działalności leczniczej
121		5.07.01.0000056	nd	Teleradioterapia stereotaktyczna	14 571									x	x	- zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.261 Teleradioterapia 3D stereotaktyczna z modulacją intensywności dawki (3D-SIMRT) — fotony, 92.263 Teleradioterapia 3D stereotaktyczna konformalna (3D-SCRT) — 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
122		5.07.01.0000062	nd	Brachyterapia śródtkankowa/śródmaciczna w oparciu o planowanie 3D - aplikacje wielorazowe z podaniem jednej frakcji w trakcie jednej aplikacji	20 877									x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.413 Brachyterapia śródtkankowa - planowanie 3D, 92.432 Brachyterapia wewnątrzjamowa - planowanie 3D, - ICD-10 (w rozpoznaniu pierwotnym): C20 - Nowotwór złośliwy odbytnicy, C21 - Nowotwór złośliwy odbytu i kanału odbytu, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
123		5.07.01.0000063	nd	Brachyterapia śródtkankowa w oparciu o planowanie 3D - aplikacje jednorazowe z podaniem wielu frakcji	13 001									x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.413 Brachyterapia śródtkankowa - planowanie 3D, - ICD-10 (w rozpoznaniu pierwotnym): C20 - Nowotwór złośliwy odbytnicy, C21 - Nowotwór złośliwy odbytu i kanału odbytu, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
124		5.07.01.0000065	nd	Brachyterapia powierzchniowa oparta na planowaniu 3D	9 511									x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.452 Brachyterapia powierzchniowa - planowanie 3D, - ICD-10 (w rozpoznaniu pierwotnym): C20 - Nowotwór złośliwy odbytnicy, C21 - Nowotwór złośliwy odbytu i kanału odbytu, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
125		5.07.01.0000067	nd	Brachyterapia śródoperacyjna	9 557									x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.46 Brachyterapia śródoperacyjna, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita
126		5.07.01.0000052	nd	Brachyterapia z planowaniem 3D ze wszczepieniem stałych źródeł izotopowych	1									x	x	- rozliczenie świadczenia na podstawie specyfikacji kosztowej, - cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.411 Trwałe wszczepienie źródeł radioizotopowych

127	03.42.40.01.02 Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG)	5.07.01.0000069	nd	Brachyterapia oparta o planowanie 2D	4 458									x	x	- cały proces leczenia, - zgodnie z wytycznymi określonymi w zał. Nr 3a i 3b, - obejmuje procedury: 92.410 Wlew koloidalnego radioizotopu do jam ciała, 92.412 Brachyterapia śródtkankowa- planowanie standardowe, 92.421 Brachyterapia wewnątrżprzewodowa - planowanie standardowe, 92.431 Brachyterapia wewnątrżjamowa - planowanie standardowe, 92.451 Brachyterapia powierzchniowa - planowanie standardowe, - lokalizacja: nowotwory, których napromienianie następuje w oparciu o planowanie 2D, - konieczność przekazania informacji o liczbie frakcji w całym procesie leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie / cyklu leczenia – dawka całkowita	
128		5.07.01.0000070	nd	Zakwaterowanie do brachyterapii	162										x	- za osobodzień, - obejmuje zapewnienie transportu w przypadku zakwaterowania świadczeniobiorcy poza podmiotem działalności leczniczej	
129		5.07.01.0000071	nd	Powtórne planowanie	0												- do sprawozdania w sytuacji stwierdzenia zmian topograficznych guza lub gdy ze względu na ubytek masy ciała zachodzi konieczność przygotowania więcej niż jednego planu leczenia, - możliwość sumowania ze świadczeniem bazowym zw. z naświetlaniem
130		5.52.01.0001423	nd	Wytworzenie stałego dostępu naczyniowego z wytworzeniem tunelu podskórnego przeznaczonego do użytku długoterminowego z hospitalizacją	1 371,43									x			- obejmuje koszt wyrobu medycznego (koszt cewnika tunelizowanego typu Broviack, Hickman, Groshong lub Leonard, - nie podlega rozliczeniu użycie cewnika centralnego typu Certofix, Cavafix.
131		5.52.01.0001440	nd	Hospitalizacja do teleradioterapii / terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku > 17 r.ż.	364,23									x			- za osobodzień, - do rozliczenia wyłącznie w dniach związanych z planowaniem i leczeniem radioterapią
132		5.52.01.0001468	nd	Teleradioterapia/ brachyterapia i terapia izotopowa / terapia protonowa nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku - w trybie ambulatoryjnym	0												
133		5.52.01.0001499	nd	Hospitalizacja do teleradioterapii / terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku < 18 r.ż.- w oddziale onkologii i hematologii dziecięcej	555,76									x			- za osobodzień, - do rozliczenia wyłącznie w dniach związanych z planowaniem radioterapii lub leczeniem radioterapią
134		5.52.01.0001504	nd	Hospitalizacja do chemioradioterapii > 18 r.ż.	480,95									x			- za osobodzień, - do rozliczenia w dniach związanych z leczeniem skojarzonym nowotworów - zastosowanie u pacjenta podczas jednoczasowej chemioterapii i radioterapii u tego samego świadczeniodawcy, kiedy między pierwszym a ostatnim dniem hospitalizacji do radioterapii nastąpi podanie substancji czynnej w określonych dniach z zachowaniem przerw terapeutycznych zależnych od schematu leczenia, - można sumować z produktami radioterapii oraz z produktami z zał. 1c, 1m i 1n
135		5.52.01.0001511	nd	Badanie genetyczne materiału archiwalnego	0										x		- do rozliczenia wyłącznie z produktem: 5.53.01.0005001 lub 5.53.01.0005002 lub 5.53.01.0005003, w sytuacji konieczności modyfikacji ustalonego planu leczenia, - konieczność sprawozdania pierwotnej daty pobrania materiału do badań, - realizowane w trybie ambulatoryjnym, - zgodnie z § 25 pkt 21 zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne
136		5.52.01.0001554	nd	Hospitalizacja do brachyterapii	411,57									x			- za osobodzień, - do rozliczenia wyłącznie w dniach związanych z planowaniem lub leczeniem radioterapią lub leczeniem skutków ubocznych radioterapii lub diagnostyką związaną z leczeniem radioterapią
137		5.52.01.0001555	nd	Hospitalizacja jednodniowa do brachyterapii	199									x			do rozliczenia również w sytuacji, w której obecność pacjenta jest niezbędna w procesie planowania
138		5.52.01.0001556	nd	Hospitalizacja jednodniowa do teleradioterapii	176									x			do rozliczenia również w sytuacji, w której obecność pacjenta jest niezbędna w procesie planowania
139		5.52.01.0000035	nd	Implantacja portu naczyniowego z hospitalizacją	2 974									x			- obejmuje koszt wyrobu medycznego (portu), - wymagane wskazanie procedury 86.07 oraz rozpoznania zasadniczego wskazującego na przyczynę udzielenia świadczenia
140		5.52.01.0000036	nd	Usunięcie portu naczyniowego z hospitalizacją	1 592									x			
141		5.52.01.0001533	nd	Chemioterapia dootrzewnowa w hipertermii (HIPEC)	26 558,78									x			- obejmuje wszystkie koszty: zabiegu, zestawu do chemioterapii dootrzewnowej, cytostatyku oraz hospitalizacji
142		5.52.01.0001537	nd	Hospitalizacja świadczeniobiorcy onkologicznego świadczenia kompleksowego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.	0									x			
143		5.52.01.0001566	nd	Usunięcie stałego dostępu naczyniowego z wytworzonym tunelem podskórnym przeznaczonego do użytku długoterminowego z hospitalizacją	1 140,61									x			
144		5.52.01.0001595	nd	Endoskopowa dyssekcja podśluzówkowa (ESD)	7 306,00									x			- produkt dedykowany dla świadczeniodawców spełniających warunki realizacji dla świadczenia gwarantowanego: Endoskopowa dyssekcja podśluzówkowa, o których mowa w lp. 74 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego; - wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego wg ICD-10: C18.0, C18.1, C18.2, C18.3, C18.4, C18.5, C18.6, C18.7, C18.8, C18.9, C19, C20, C21; - kryteria kwalifikacji pacjenta do świadczenia określone w lp. 74 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego; - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 45.433 Endoskopowa dyssekcja podśluzówkowa
145		5.52.01.0001596	nd	Przezodbytnicza mikrochirurgia endoskopowa (TEM)	8 254,00									x			- produkt dedykowany dla świadczeniodawców spełniających warunki realizacji dla świadczenia gwarantowanego: Przezodbytnicza mikrochirurgia endoskopowa, o których mowa w lp. 75 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego; - wymagane wskazanie rozpoznania zasadniczego wg ICD-10: C20; - kryteria kwalifikacji pacjenta do świadczenia określone w lp. 75 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego; - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 45.434 Przezodbytnicza mikrochirurgia endoskopowa
146		5.60.01.0000018	nd	Opieka psychologiczna - etap leczenia choroby nowotworowej	74									x	x		możliwość sumowania z produktem rozliczeniowym związanym z rozliczeniem kosztów hospitalizacji
147		5.32.00.0000006	nd	diagnostyka wstępna – nowotwory dolnego odcinka układu pokarmowego	554										x		świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
148		5.33.00.0000004	nd	diagnostyka pogłębiona – nowotwory dolnego odcinka układu pokarmowego	669										x		świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
149		5.60.01.0000017	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
150		5.60.01.0000016	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 3 załącznika 3a do rozporządzenia szpitalnego
151		5.10.00.0000103	nd	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy I	2 795										x		- z zastosowaniem radiofarmaceutyku 18F-FDG, 18F-NaF, - do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej lub pogłębionej albo z innymi produktami rozliczeniowymi, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady

152	5.10.00.0000104	nd	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy II	4 142										x		- z zastosowaniem innych radiofarmaceutyków: zarejestrowane w Polsce 18F-cholina (18-fluorocholina) lub nie zarejestrowane w Polsce, a sprowadzane w trybie importu docelowego lub produkowane na potrzeby własne przez laboratorium świadczeniodawcy zgodnie z prawem atomowym, - do wykazania z odpowiednim pakietem diagnostyki wstępnej lub pogłębianej albo z innymi produktami rozliczeniowymi, albo odrębnie jeżeli jest jedynym celem porady
153	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.
154	5.51.01.0021001	Z01	Kompleksowa diagnostyka onkologiczna*		3 540	3 540								x		- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP, - można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - zgodnie z § 19 pkt 15 zarządzenia
155	5.60.01.0000015	nd	Pobyt diagnostyczny	150										x	x	- można sumować z produktami z zał. 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne, - zgodnie z § 19 pkt 13 i 14 zarządzenia
156	5.05.00.0000106	nd	Znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 1	172											x	- świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: 45.231, 45.253, 45.239, 45.42 w ramach odpowiedniego pakietu diagnostyki wstępnej albo pogłębianej, - świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: badania tomografii komputerowej (TK) w ramach pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębianej, - świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: 45.231, 45.253, 45.239, 45.42 w ramach produktów rozliczeniowych: 5.06.00.0000902, 5.06.00.0000903, 5.03.00.0000042, - świadczenie do sumowania z badaniami tomografii komputerowej (TK) w ramach produktów rozliczeniowych: 5.03.00.0000070, 5.03.00.0000095, 5.03.00.0000071, 5.03.00.0000096, 5.03.00.0000115, 5.03.00.0000097, 5.03.00.0000116, 5.03.00.0000073, 5.03.00.0000117, 5.03.00.0000099, 5.03.00.0000086, - 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 płasawiczego lub parkinsonowskiego), - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12
157	5.05.00.0000107	nd	Znieczulenie całkowite dożylnie - kategoria 2	270											x	- świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: badania rezonansu magnetycznego (MR) w ramach pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębianej, - świadczenie do sumowania z badaniami rezonansu magnetycznego (MR) w ramach produktów rozliczeniowych: 5.03.00.0000076, 5.03.00.0000079, 5.03.00.0000102, 5.03.00.0000122, 5.03.00.0000103, 5.03.00.0000123, 5.03.00.0000105, - kryteria kwalifikacji do świadczeń rezonansu magnetycznego (MR) 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 płasawiczego lub parkinsonowskiego), - wymagane wskazanie procedury wg ICD-9: 100.10 albo 100.11 albo 100.12
158	5.05.00.0000105	nd	Konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego	75											x	- świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: 45.231, 45.253, 45.239, 45.42 w ramach odpowiedniego pakietu diagnostyki wstępnej albo pogłębianej, - świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: badania tomografii komputerowej (TK) w ramach pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębianej, - świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: badania rezonansu magnetycznego (MR) w ramach pakietów diagnostyki wstępnej lub pogłębianej, - świadczenie do sumowania z procedurami ICD-9: 45.231, 45.253, 45.239, 45.42 w ramach produktów rozliczeniowych: 5.06.00.0000902, 5.06.00.0000903, 5.03.00.0000042, - świadczenie do sumowania z badaniami tomografii komputerowej (TK) w ramach produktów: 5.03.00.0000070, 5.03.00.0000095, 5.03.00.0000071, 5.03.00.0000096, 5.03.00.0000115, 5.03.00.0000097, 5.03.00.0000116, 5.03.00.0000073, 5.03.00.0000117, 5.03.00.0000099, 5.03.00.0000086, 5.03.00.0000076, 5.03.00.0000079, 5.03.00.0000102, 5.03.00.0000122, 5.03.00.0000103, 5.03.00.0000123, 5.03.00.0000105, - kryteria kwalifikacji do świadczeń tomografii komputerowej (TK) lub rezonansu magnetycznego (MR) w znieczuleniu określono przy produktach rozliczeniowych: 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.)
159	5.30.00.0000001	W01	W01 Świadczenie pohospitalizacyjne	48											x	świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
160	5.30.00.0000002	W02	W02 Świadczenie receptowe	11											x	świadczenie zdefiniowane zgodnie z zarządzeniem w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna
161	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
162	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
163	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
164	5.06.00.0000902	nd	kolonoskopia diagnostyczna	325											x	
165	5.06.00.0000903	nd	kolonoskopia diagnostyczna z biopsją (z badaniem hist.-pat.)	468											x	badanie hist.-pat. zdefiniowane jako badanie tkanki lub tkanek pobranych z jednej lokalizacji i przekazanych do pracowni hist.-pat. w postaci jednej opisaney próbki, wymagającej oddzielnego przebadania i postawienia rozpoznania histopatologicznego
166	5.03.00.0000042	nd	kolonoskopia z polipektomią jednego lub więcej polipów o średnicy do 1 cm, za pomocą pętli diatermicznej (z badaniem hist.-pat.)	1018											x	badanie hist.-pat. zdefiniowane jako badanie tkanki lub tkanek pobranych z jednej lokalizacji i przekazanych do pracowni hist.-pat. w postaci jednej opisaney próbki, wymagającej oddzielnego przebadania i postawienia rozpoznania histopatologicznego
167	5.03.00.0000070	nd	TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego	159											x	
168	5.03.00.0000095	nd	TK: innej okolicy anatomicznej ze wzmocnieniem kontrastowym	292											x	

169		5.03.00.0000071	nd	TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	350									x		
170		5.03.00.0000096	nd	TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego	203									x		
171		5.03.00.0000115	nd	TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego	300									x		
172		5.03.00.0000097	nd	TK: badanie dwóch okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym	369									x		
173		5.03.00.0000116	nd	TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym	441									x		
174		5.03.00.0000073	nd	TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	468									x		
175		5.03.00.0000117	nd	TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	591									x		
176		5.03.00.0000099	nd	TK innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	464									x		
177		5.03.00.0000086	nd	TK: wirtualna kolonoskopia u pacjentów, u których warunki anatomiczne uniemożliwiają wykonanie kolonoskopii tradycyjnej	497									x		
178		5.03.00.0000076	nd	MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup bez wzmocnienia kontrastowego	368									x		
179		5.03.00.0000079	nd	MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż odcinek kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	757									x		
180		5.03.00.0000102	nd	MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	531									x		
181		5.03.00.0000122	nd	MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	694									x		
182		5.03.00.0000103	nd	MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1 078									x		
183		5.03.00.0000123	nd	MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1 255									x		
184		5.03.00.0000105	nd	MR badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	938									x		
185		5.60.01.0000019	nd	Opieka psychologiczna - etap monitorowania choroby nowotworowej	74									x		możliwość wykazania maksymalnie 5 produktów

(*) oznaczenie grup o charakterze zabiegowym

Warunki rozliczenia produktów rozliczeniowych

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

J Choroby piersi

J01AJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych - jednostronne*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur J02AJ oraz procedury z listy procedur J04A oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon

J01AO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych - obustronne*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur J02AO oraz procedury z listy procedur J04A oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon

J01BJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną - jednostronne*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur J02AJ oraz procedury z listy procedur J04B oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon

J01BO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją tkanką własną - obustronne*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur J02AO oraz procedury z listy procedur J04B oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon

J01CJ Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją - jednostronne*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur J02AJ oraz procedury z listy procedur J04 CJ oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon

J01CO Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją - obustronne*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur J02AO oraz procedury z listy procedur J04 CO oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon

J01CP Odjęcie piersi z kompleksową rekonstrukcją i zabieg rekonstrukcyjny drugiej piersi*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur J02AJ oraz procedury z listy procedur J04CO oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon

lub

wymagane wskazanie procedury z listy procedur J02AJ oraz 2 procedur z list procedur: J04A lub J04B lub J04CJ oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon

lub

wymagane wskazanie procedury z listy procedur J02AJ oraz procedury z listy procedur: J04A lub J04B lub J04CJ oraz procedury 85.312 Jednostronna zmniejszająca mammoplastyka lub 85.314 Jednostronna symetryzacja piersi zdrowej oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon

J02AJ Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia jednostronna*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur J02AJ i rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon

ICD-9

85.411 Mastektomia - inna

85.412 Mastektomia całkowita

85.431 Poszerzona prosta mastektomia - inna

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

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

85.472 Poszerzona radykalna amputacja piersi BNO

J02AO Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi - mastektomia obustronna*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur J02AOkon i rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon

J02AOkon ICD-9

85.46 Obustronne radykalne odjęcie piersi

85.48 Obustronne poszerzone radykalne odjęcie piersi

85.421 Obustronne proste odjęcie piersi

85.422 Obustronne całkowite odjęcie piersi

J02BJ Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych - jednostronne*

wymagane wskazanie procedury 85.261 Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych bez centralizacji kompleksu brodawka - otoczka piersiowa lub z centralizacją oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon

J02BO Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych - obustronne*

wymagane dwukrotne wskazanie procedury 85.261 Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych bez centralizacji kompleksu brodawka - otoczka piersiowa lub z centralizacją (jednokrotnie dla piersi prawej i jednokrotnie dla piersi lewej) oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon

J02C Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych z symetryzacją piersi zdrowej*

wymagane wskazanie procedury 85.261 Wycięcie guza piersi z zastosowaniem technik onkoplastycznych bez centralizacji kompleksu brodawka - otoczka piersiowa lub z centralizacją oraz procedury z listy J02Ckon oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon

J02Ckon ICD-9

85.312 Jednostronna zmniejszająca mammoplastyka

85.314 Jednostronna symetryzacja piersi zdrowej

J03A Duże zabiegi w obrębie piersi w rozpoznaniach nowotworów złośliwych*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur J03Akon i rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon

J03Akon ICD-9

85.269 Wycięcie guza piersi – BCT - inne

85.22 Resekcja kwadrantu piersi

J03B Duże zabiegi w obrębie piersi w rozpoznaniach nowotworów złośliwych z symetryzacją drugiej piersi*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur J03Akon oraz procedury z listy J03Bkon i rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon

J03Bkon ICD-9

85.312 Jednostronna zmniejszająca mammoplastyka

85.314 Jednostronna symetryzacja piersi zdrowej

J04A Kompleksowe zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur J04A i rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon

ICD-9

85.851 Rekonstrukcja piersi płatem skórno-mięśniowym wolnym z połączeniem mikrochirurgicznym

J04B Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanek własnych*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur J04B i rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon

ICD-9

85.842 Rekonstrukcja piersi płatem skórno-mięśniowym uszypułowanym

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

J04CJ Zabiegi rekonstrukcyjne piersi - jednostronne*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur J04CJ i rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon

ICD-9

85.33 Jednostronna podskórna mamektomia/ wszczep

85.531 Jednostronne wszczepienie protezy piersiowej

85.55 Wymiana ekspandera na endoprotezę piersiową

85.95 Wprowadzenie ekspandera do piersi

85.97 Wszczepienie ekspanderoprotezy piersiowej

85.71 Całkowita rekonstrukcja piersi

J04CO Zabiegi rekonstrukcyjne piersi - obustronne*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur J04CO i rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon

ICD-9

85.35 Obustronna podskórna mamektomia/ wszczep

85.72 Obustronna całkowita rekonstrukcja piersi

J05A Średnie zabiegi w obrębie piersi*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur J05Aakon i rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon

lub

wymagane wskazanie procedury z listy procedur J05Abkon i rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J08kon

J05Aakon ICD-9

85.87 Rekonstrukcja lub zabieg naprawczy brodawki sutkowej - inne

J05Abkon ICD-9

85.94 Usunięcie wszczepu piersi

JU06 Małe zabiegi w obrębie piersi - AE*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur JU06kon, procedury z listy dodatkowej J1a oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań J06Ukon

JU06kon ICD-9

85.114 Przeszkórna gruboigłowa biopsja piersi – celowana

JU06kon 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

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

JU10 Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią - AE*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur JU10, procedury z listy dodatkowej J1a oraz rozpoznania zasadniczego z listy rozpoznań JU06kon

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

QU20 Małe zabiegi na układzie limfatycznym -AE*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur QU20kon; czas pobytu < 5 dni

QU20kon ICD-9

- 40.10 Biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych)
- 40.23 Wycięcie pachowego węzła chłonnego

Listy dodatkowe do sekcji J

J1a

ICD-9

- 100.01 Znieczulenie ogólne dotchawicze z minitorowaniem rozszerzonym (do 2 godzin)
- 100.10 Znieczulenie całkowite dożylnie (do 30 minut)
- 100.51 Sedacja i nadzór intensywny (do 2 godzin)
- 99.04 Przetoczenie koncentratu krwinek czerwonych
- 99.05 Przetoczenie koncentratu płytkowego
- 99.06 Przetoczenie czynników krzepnięcia
- 99.07 Przetoczenie osocza - inne

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 współistniejącego 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 Czynnne 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 manulanej - metoda Kaltenborna - Evjenta
93.3821 Metody terapii manualnej - metoda Maitlanda
93.3827 Metody terapii manuanlej - 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, nieokreslony
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 sutku, nieokreślony

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

Z131Kon Świadczenia zabiegowe – grupa 131
na warunkach obowiązującej charakterystyki grupy Z131 określonej w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Z132Kon Świadczenia zabiegowe – grupa 132
na warunkach obowiązującej charakterystyki grupy Z132 określonej w 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 specjalistyczn, w zakresie procedur ICD-9 właściwych dla onkologicznych świadczeń kompleksowych

Z135Kon Świadczenia zabiegowe – grupa 135
na warunkach obowiązującej charakterystyki grupy Z135 określonej w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna

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 Zespolenie jelito cienkie-jelito grube – inne
- 45.94 Zespolenie jelito grube-jelito grube
- 45.951 Zespolenie 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 Zespoleenie jelito cienkie-jelito grube – inne
- 45.94 Zespoleenie jelito grube-jelito grube
- 45.951 Zespoleenie 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

FU37 Diagnostyczne i małe zabiegi dolnego odcinka przewodu pokarmowego -AE*

wymagane wskazanie procedury z listy procedur FU37kon, procedury z listy dodatkowej F1 oraz rozpoznania zasadniczego z listy F30kon lub F86Ekon lub F96kon; czas pobytu < 5 dni

lub

wymagane wskazanie procedury z listy procedur FU37kon, rozpoznania zasadniczego z listy F30kon lub F86Ekon lub F96kon oraz rozpoznania współlistniejącego z listy dodatkowej F2; czas pobytu < 5 dni

FU37kon ICD-9

- 45.22 Endoskopia jelita grubego przez przetokę
- 45.231 Fiberokolonoskopia
- 45.24 Fiberosigmoidoskopia
- 45.252 Pobranie materiału przez wyszczoteczkanie lub wypłukanie 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 (wyrostek 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 (wyrostek 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 Male 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 dożylne (do 30 minut)
- 100.11 Znieczulenie całkowite dożylne (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 kwasicą 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 insulinoniezależna (ze śpiączką)

E11.1 Cukrzyca insulinoniezależna (z kwasicą ketonową)

E11.6 Cukrzyca insulinoniezależna (z innymi określonymi powikłaniami)

E11.7 Cukrzyca insulinoniezależna (z wieloma powikłaniami)

E11.8 Cukrzyca insulinoniezależna (z nieokreślonymi powikłaniami)

E12.0 Cukrzyca związana z niedożywieniem (ze śpiączką)

E12.1 Cukrzyca związana z niedożywieniem (z kwasicą 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 postaci cukrzycy (ze śpiączką)

E13.1 Inne określone postaci cukrzycy (z kwasicą ketonową)

E13.6 Inne określone postaci cukrzycy (z innymi określonymi powikłaniami)

E13.7 Inne określone postaci cukrzycy (z wieloma powikłaniami)

E13.8 Inne określone postaci cukrzycy (z nieokreślonymi powikłaniami)

E14.0 Cukrzyca nieokreślona (ze śpiączką)

E14.1 Cukrzyca nieokreślona (z kwasicą 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 postaci 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 podwsierdziowy

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 ścięgnistych jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca
I23.5 Pęknięcie mięśnia brodawkowatego jako powikłanie występujące w czasie ostrego zawału serca
I23.6 Skrzepłina 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 Wyrostek 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

AOS - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentem z nowotworem jelita grubego

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 specjalistyczn, 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

Uzasadnienie

Zarządzenie stanowi wykonanie ustawowego upoważnienia 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".

Niniejszym zarządzeniem zmieniającym 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 się techniczne rozwiązania, które wynikają z funkcjonalności systemu informatycznego – grupera JGP.

Zmiany wprowadzone w niniejszym zarządzeniu obejmują:

1. W załączniku nr 1on (katalog onkologicznych świadczeń kompleksowych) dokonano technicznej zmiany kodu produktu rozliczeniowego, kodu grupy oraz nazwy następujących produktów rozliczeniowych:

- 5.31.00.0000131, Z131, Z131 Świadczenia zabiegowe – grupa 131 – zmiana na 5.60.01.0000020, Z131Kon, Z131Kon Świadczenia zabiegowe – grupa 131;
- 5.31.00.0000132, Z132, Z132 Świadczenia zabiegowe – grupa 132 – zmiana na 5.60.01.0000021, Z132Kon, Z132Kon Świadczenia zabiegowe – grupa 132;
- 5.31.00.0000135, Z135, Z135 Świadczenia zabiegowe – grupa 135 – zmiana na 5.60.01.0000022, Z135Kon, Z135Kon Świadczenia zabiegowe – grupa 135.

Zmiany mają charakter funkcjonalny, wynikający z uwarunkowań grupera JGP i mają na celu umożliwienie sprawozdania świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) zdefiniowanych w grupach Z131, Z132 oraz Z135 w ramach onkologicznych świadczeń kompleksowych (KON) poprzez analogiczne grupy Z131Kon, Z132Kon, Z135Kon, z uwzględnieniem wartości punktowych określonych dla tych świadczeń w załączniku 1on, które wynikają z Rekomendacji nr 84/2026 z dnia 9 czerwca 2026 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

2. W treści normatywnej zarządzenia w § 16a oraz § 18 pkt 5 i 6 dokonano redakcyjnych zmian związanych z dostosowaniem terminologii w zakresie grup Z131Kon oraz Z132Kon.

Pozostałe zmiany wprowadzone w zarządzeniu mają charakter porządkowy.

Zmiana zarządzenia nie powoduje skutku finansowego.

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 w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2026 r. poz. 712, z późn. zm.) został poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 3 dni. Okres ten został skrócony z uwagi na słuszny interes stron. W ramach konsultacji projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Krajowa Izba Fizjoterapeutów, Naczelna Izba Aptekarska, Krajowa Rada Ratowników Medycznych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach.

W wyniku konsultacji odpowiedź przesłały dwa podmioty, które nie zgłosiły uwag. Jedno z pism wpłynęło po terminie.

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

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania